

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LA
PÉRITONITE CHRONIQUE TUBERCULEUSE
CHEZ LES ENFANTS

SYMPTOMATOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'APRÈS

92 OBSERVATIONS RECUEILLIES A LA CLINIQUE DES ENFANTS, A LA CHARITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CAMILLE MALEVAL

Né le 30 Mars 1858, à Lamastre (Ardèche)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

**—
Juin 1894**

Serie 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 932

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LA
PÉRITONITE CHRONIQUE TUBERCULEUSE
CHEZ LES ENFANTS

SYMPTOMATOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'APRÈS

92 OBSERVATIONS RECUEILLIES A LA CLINIQUE DES ENFANTS, A LA CHARITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CAMILLE MALEVAL

Né le 30 Mars 1858, à Lamastre (Ardèche)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, Président; M. MAYET, Assesseur; MM. ROQUE et COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Camille BOLLON de CLAVIÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR BONDET

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

De Grenoble et de Lyon

INTRODUCTION

Le but que nous nous sommes proposé en écrivant cette étude sur la péritonite tuberculeuse n'est pas de refaire l'histoire complète de cette affection dans son étiologie, ses symptômes et son traitement, quoique les progrès de la chirurgie moderne aient reculé bien loin les barrières qui avaient fait du péritoine quelque chose de sacré pour les mains du chirurgien et à laquelle il ne devait toucher qu'en tremblant, et que ses nouvelles conquêtes aient permis d'intervenir quelquefois victorieusement dans bien des cas où la médecine, seule jadis, était impuissante à assurer la guérison.

Notre ambition sera plus modeste, nous tâcherons seulement de dégager de cette centaine d'observations recueillies dans la clinique des enfants à la Charité, et la plupart annotées par le regretté professeur Perroud, les ensei-

gnements cliniques qui y sont contenus, heureux si nos efforts parviennent à élucider quelques points obscurs de cette redoutable affection.

Dans un premier chapitre nous étudierons quelles sont les causes qui favorisent l'éclosion de la péritonite tuberculeuse, le rôle que jouent l'hérédité, l'âge, les conditions sociales, le surmenage physique et intellectuel et les modifications que subit l'économie à l'approche de la période critique de la puberté.

Dans un second chapitre nous passerons en revue les symptômes de ce que nous nommerons la période de début, depuis les premiers symptômes de fatigue jusqu'à ce que la maladie soit entièrement établie.

Dans le troisième chapitre nous étudierons la deuxième période, période d'état de la maladie confirmée, sa terminaison et les complications qu'elle peut offrir.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous chercherons par l'étude des autopsies à établir les principales lésions, à faire une partie de l'anatomie pathologique de la péritonite tuberculeuse.

Il nous reste encore à remplir un devoir de reconnaissance : M. le professeur Bondet a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, qu'il en reçoive ici nos plus sincères remerciements.

ETUDE CLINIQUE
SUR LA
PÉRITONITE CHRONIQUE TUBERCULEUSE
CHEZ LES ENFANTS
SYMPTOMATOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE
D'APRÈS
92 OBSERVATIONS RECUEILLIES A LA CLINIQUE DES ENFANTS
A LA CHARITÉ

CHAPITRE PREMIER

Causes.

Hérédité. — L'hérédité, dans les observations qui font le sujet de ce travail, ne tient pas une place aussi considérable que l'on serait tenté de le croire au premier abord. Les antécédents héréditaires ont été notés dans toutes les observations, sauf trois ou quatre, et dans soixante-sept observations on ne trouve de trace ni chez les père et mère, ni chez les frères et sœurs.

Dans dix-sept cas seulement on a trouvé : Observation 23 : une mère catarrheuse, un père paralytique. — Observation 27 : une sœur morte après une longue maladie probablement tuberculeuse. — Observation 32 : mère tuberculeuse présentant des hémoptysies, une sœur morte de bronchopneumonie ayant présenté à l'autopsie des ganglions bronchiques caséeux. — Observation 34 : un frère malade. — Observations 37, 58 et 91 : père

mort tuberculeux. — Observations 15, 79 et 92 : mère morte tuberculeuse. — Observation 2 : mère tuberculeuse : six frères ou sœurs morts tuberculeux. — Observation 10 : une sœur souffre du ventre. — Observation 11 : sœur atteinte de tumeur blanche du genou. — Observation 14 : trois frères morts : de coxalgie, épistaxis et vomique. — Observations 14 et 15 : mères mortes toutes les deux d'affections cardiaques.

On voit donc par ce relevé que l'hérédité tuberculeuse ne tient pas une grande place dans l'étiologie de la péritonite tuberculeuse, remarque qui avait été faite d'ailleurs déjà pour la méningite tuberculeuse.

Age. — Sur les quatre-vingt-douze observations que nous avons recueillies, quarante-huit, c'est-à-dire plus de la moitié, se rapportent à des jeunes filles au-dessus de dix ans jusqu'à quinze ans accomplis et le nombre tend à s'élever en même temps que celui des années, tandis qu'il suit une proportion inverse à mesure que l'on se rapproche de la première enfance. N'oublions pas, dans l'appréciation de ces chiffres que nous n'avons affaire qu'à des filles appartenant à la classe ouvrière d'une grande ville, souvent insuffisamment nourries, soumises dans des ateliers de dévidage et de tissage à des travaux dont la force et la durée sont disproportionnées à leur âge, nous voyons relaté dans une observation que l'enfant travaille dans un atelier de six heures du matin à neuf heures du soir. Dans un autre cas, c'est une chute qu'elle a faite étant pesamment chargée et qui a déterminé l'apparition brusque de la maladie.

Joignez à cela la perturbation physiologique que produit dans l'économie entière de la jeune fille le travail qui

résulte de l'approche de la puberté et vous ne serez pas étonné de voir la plus grande fréquence des cas de péritonite tuberculeuse à cette époque. Dans le jeune âge, au contraire, l'enfant, entouré de plus de soins et soustrait aux causes de déchéance organique indiquées plus haut, échappe plus facilement à la redoutable maladie, si toutefois il n'a pas été contaminé pendant la durée de son alimentation lactée. Car il ne faut pas oublier quel rôle important joue le lait dans la transmission de la tuberculose.

La tuberculose est extrêmement fréquente chez la vache, on peut estimer à 10 pour 100, le nombre des animaux tuberculeux conduits à l'abattoir, et peut-être n'est-ce là qu'un chiffre minimum. D'après Duclaux, les résultats seraient navrants s'ils étaient complets. En effet beaucoup de paysans ne connaissent pas la maladie des glandes; ils ignorent que c'est de la tuberculose ou ne s'en inquiètent guère. Or le lait provenant de vaches tuberculeuses est infectieux. Banz a trouvé des bacilles dans le lait retiré des trayons sains d'une vache dont le pis présentait des lésions; il en a rencontré aussi dans le lait provenant d'une vache tuberculeuse à pis indemne.

Czokor a vu aussi des bacilles dans le lait chez des vaches atteintes de tuberculose localisée du poumon. D'ailleurs le résultat est le même pour l'expérimentation. En nourrissant des lapins avec du lait dans lequel on avait introduit des bacilles tuberculeux, on a vu succomber tous les animaux au bout de dix à douze semaines avec tous les symptômes de la tuberculose intestinale mésentérique et hépatique.

Mais il n'est pas nécessaire que le pis lui-même soit malade pour que la transmission de la tuberculose se pro-

duise, ce qui, dans ce cas est tout à fait évident, car le lait contient alors de nombreux bacilles, mais l'inoculation du lait provenant de vaches chez lesquelles les lésions tuberculeuses sont localisées au poumon, produit aussi constamment la tuberculose.

Il faut ajouter à ces faits les divers renseignements encore bien incomplets à ce point de vue, tirés de l'étude de la virulence. La tuberculose produite avec le lait bacillifère sera d'autant plus extensive et grave que le nombre des bacilles qu'il contient sera plus élevé. Gerhard a vu diminuer et disparaître la virulence en diluant le lait ; cela explique pourquoi le lait commercial paraît être moins dangereux que celui qui provient d'une même vache. Mais il faut remarquer que diverses circonstances viennent atténuer ces résultats ; car s'il n'en était pas ainsi l'infection par le lait bacillifère serait presque fatale. On a cru pendant longtemps, à la suite d'expériences nombreuses, que le suc gastrique avec son acidité chlorhydrique normale pourrait détruire les bacilles de Koch ; il ne semble pas actuellement que l'on puisse beaucoup compter sur cette action de défense du suc gastrique.

Il faut en outre penser que l'intestin est un sol de culture peu favorable au bacille tuberculeux dont le développement est lent. De sorte que, pour qu'il y ait infection, il faut que les bacilles ne traversent pas trop rapidement le tube digestif et en outre qu'ils aient l'occasion de se fixer en un point de la muqueuse. Enfin, et ceci mérite qu'on s'y arrête, l'ingestion de lait virulent ne détermine pas nécessairement la tuberculose intestinale. On a démontré que, dans certains cas, les leucocytes vecteurs de l'infection transportent les bacilles à travers la couche

épithéliale qui peut rester saine. Suivant la voie lymphatique, les bacilles laissent l'intestin intact et viennent se fixer dans les ganglions mésentériques qui subissent la dégénérescence caséuse. Chez l'enfant la tuberculose secondaire à l'alimentation par le lait tuberculeux se présente sous la forme de phthisie mésentérique, de carreau. De ces faits il faut retenir ceci : que l'absence de tuberculose intestinale ne prouve rien contre l'origine alimentaire de l'infection, mais aussi que le lait infecté est la cause la plus fréquente de l'entente tuberculeuse.

Nous avons déjà fait remarquer au début de cette étude que nos petites malades appartenaient en général aux classes les plus misérables de la société; il nous a été difficile de retrouver dans les observations qui ont été mises à notre disposition le mode de nourrissement des enfants, mais nos observations personnelles nous permettent de conclure que cette affection est plus fréquente chez les enfants nourris au biberon et souvent confiés à des personnes étrangères que chez ceux nourris au sein, soit par leur propre mère, soit confiés à des nourrices de campagne.

Quelle est l'influence des antécédents personnels de l'enfant et de sa santé antérieure sur le développement de la péritonite tuberculeuse. Dans vingt quatre cas seulement, nous avons pu relever dans le passé de nos petites malades des affections antérieures ou une mauvaise santé habituelle ayant pu les prédisposer à la tuberculose. Ces vingt-quatre cas peuvent se diviser de la manière suivante : Scrofules trois cas (obs. 5, 56, 24). Dans la première, les lésions scrofuleuses avaient été accompagnées d'une première attaque de carreau pendant que l'enfant était

en nourrice. Dans l'observation 56, la lésion se traduisait par un engagement ganglionnaire du cou. L'un de ces ganglions même avait suppuré et laissé une cicatrice très apparente.

Au même ordre de causes se rattache le rachitisme avec trois cas ; il est l'indice d'une débilitation de l'organisme d'une misère physiologique qui prépare le terrain pour la lésion tuberculeuse. Nous rangerons dans la même catégorie la coqueluche à laquelle ne succède que trop souvent la tuberculose pulmonaire, la pleurésie qui dans bien des cas n'est qu'une manifestation de l'infection bacillaire. La rougeole est une cause bien banale, car il est bien peu d'enfants qui n'en aient été atteints ; aussi n'en avons-nous conservé que quelques cas où elle a été suivie de bronchite persistant pendant plusieurs mois, parfois même pendant des années et s'accompagnant d'un dépérissement notable de l'enfant. Ces trois affections entrent pour huit cas dans notre statistique. Nous notons un seul cas pour l'influenza et la fièvre typhoïde ; la suppression brusque des règles par suite d'une frayeur vive et ayant amené de violentes douleurs abdominales et des vomissements.

Dans une observation, chute dans un escalier sur les reins, mal de Pott lombaire, abcès fistuleux.

Enfin dans trois cas, mauvaise santé habituelle, misère physiologique sans qu'on puisse noter de lésions précises.

CHAPITRE II

Symptômes.

Nous rangerons les différents symptômes que nous avons pu recueillir dans nos observations en trois classes : 1° symptômes de début que nous pouvons subdiviser en rapprochés et éloignés : en symptômes de la période d'état, c'est-à-dire du moment où la péritonite est franchement déclarée : enfin dans une troisième catégorie, nous rangerons les complications anormales, c'est-à-dire les lésions de l'abdomen affectant un type autre que le type commun, ou les affections des organes voisins dont on peut rattacher l'origine d'une façon assez positive aux lésions de la péritonite tuberculeuse ou découlant de la généralisation de l'infection tuberculeuse.

Un symptôme que nous plaçons en première ligne à cause de sa constance, quoiqu'il appartienne presque aussi souvent aux débuts rapprochés qu'aux débuts éloi-

gnés, est l'augmentation de volume du ventre; comment s'effectue ce grossissement. Dans le plus grand nombre des cas il est lent, tellement lent parfois, que l'on ne s'en aperçoit que parce que l'enfant se plaint que ses vêtements la serrent trop; pendant des mois entiers, c'est le seul symptôme que l'on constate. A ce grossissement l'on ne peut souvent attribuer aucune cause apparente; dans d'autres cas, l'enfant dépérit depuis quelque temps; puis son ventre grossit presque subitement. Parfois même le développement est si considérable qu'il s'accompagne de vergetures analogues à celles que l'on constate chez les femmes pendant la grossesse. L'abdomen est tendu, ballonné, tantôt proéminent, tantôt étalé, rappelant par sa forme un ventre de grenouille. Dans un cas ou deux seulement, nous voyons le ventre rétracté. Dans une observation, en particulier, nous voyons signaler ce symptôme comme provenant d'une contracture des grands droits. Cette augmentation de volume de l'abdomen s'accompagne-t-elle de douleurs. Il n'y a pas là de règle uniforme; mais, en général, on peut dire que le plus souvent l'évolution lente est indolore ou à peu près, tandis que l'augmentation brusque entraîne le plus souvent des douleurs assez vives, continue ou par accès de coliques. Le second symptôme de début, tant par sa fréquence que par son importance est fourni par les selles.

Nous constatons dans le plus grand nombre des cas de la diarrhée; dans quelques-uns de la constipation; et dans un assez grand nombre de cas enfin, des alternatives de diarrhée et de constipation. Mais nous reviendrons plus tard sur ce dernier symptôme qui a souvent une signification particulière et une assez grande importance tant en

vue du pronostic que de l'indication qu'on peut en tirer pour le traitement.

La diarrhée est parfois le premier symptôme que l'on observe avant parfois même le développement abdominal; le plus souvent c'est une diarrhée légère survenant surtout après les repas; elle peut durer parfois plusieurs mois; avant l'apparition de tout autre symptôme. C'est surtout chez les jeunes enfants qu'on constate ces diarrhées de début éloigné, que l'on pourrait nommer diarrhées prémonitoires. En même temps on voit survenir des douleurs abdominales. Les vomissements ne sont pas rares à cette époque de l'affection. Nous les voyons accompagner la diarrhée dans environ un tiers des cas; ce sont généralement des vomissements alimentaires survenant presque immédiatement après le repas, parfois le malaise se borne à des nausées sans aller jusqu'aux vomissements. Dans trois ou quatre cas nous voyons notés des vomissements bilieux; mais ils appartiennent à des péritonites à début brusque affectant généralement dès le début une grande gravité, et s'accompagnant de phénomènes généraux, fièvre et amaigrissement.

La constipation est rarement accompagnée de vomissements. Enfin dans un certain nombre de cas on trouve des alternatives de diarrhée et de constipation. Ce symptôme a une assez grande importance, car on le retrouve dans tous les cas où l'on a constaté en même temps des signes d'occlusion intestinale et où une bride ou une courbure d'une anse intestinale ont rendu nécessaire une intervention chirurgicale. Il y a eu en même temps de l'anorexie. La malade ne mange plus, dépérit; l'amaigrissement fait des progrès rapides; les yeux se cernent, la

peau prend une teinte terreuse, grisâtre, devient sèche ; il y a souvent de la toux, des points de côté, parfois des sueurs nocturnes, un peu de fièvre 38°,5, enfin l'ensemble des symptômes qui annonce l'invasion de l'infection tuberculeuse. Une des causes qui fait que l'attention souvent n'est pas éveillée par le début de la maladie est, dans un certain nombre de cas, l'absence presque complète de douleurs abdominales. Le ventre peut grossir, devenir tendu, météorisé, sans qu'il s'y réveille de douleur soit spontanée, soit provoquée par la pression ; dans d'autres cas, au lieu de la douleur intense poignante de la péritonite aiguë, la malade ne ressent qu'une douleur sourde, profonde ; peu accusée spontanément, elle se révèle mieux à la pression, surtout si, après avoir appuyé lentement la main sur le ventre, on la retire brusquement.

Dans d'autres observations, nous notons des douleurs colliquatives ne se produisant qu'au moment des selles diarrhéiques, parfois de la miction.

Cette dernière est parfois difficile, soit qu'il se produise un spasme du col, soit par suite d'adhérences de la vessie avec le péritoine. Un phénomène que nous verrons se produire à toutes les périodes de la péritonite chronique tuberculeuse est l'ascite : mais tandis qu'à la période d'état elle sera très abondante et permanente, dans la période de début, l'épanchement pourra survenir subitement et disparaître tout d'un coup. Ce sera donc dans bien des cas un phénomène transitoire, mais qui n'en aura pas moins une grande importance clinique, car il indiquera le plus souvent l'apparition d'une poussée tuberculeuse ; presque toujours le liquide apparaît avec une nouvelle poussée granuleuse et évolue avec elle.

La fièvre est un symptôme relativement rare au début de la péritonite tuberculeuse chronique; elle coïncide le plus souvent avec un début brusque et un épanchement ascitique; elle est rarement élancée, se maintient plutôt entre 38 et 39 degrés avec élévation le soir; souvent même la malade devient apyrétique pendant quelques jours, puis la fièvre reprend de nouveau, coïncidant probablement avec l'évolution des poussées tuberculeuses.

La toux peut se constater dans une assez grande quantité d'observations; c'est le plus souvent une toux sèche, quinteuse; parfois elle s'accompagne de points de côté, on peut alors penser à l'imminence d'une pleurésie par propagation.

Un des symptômes notés le plus rarement dans nos observations est les sueurs nocturnes; elles constituent un pronostic grave indiquant souvent une infection généralisée.

En dehors de ces symptômes isolés, nous avons à constater au début de l'affection un état général mauvais: l'enfant devient triste, s'affaiblit, ne veut plus marcher: si c'est une jeune fille déjà réglée, souvent les règles s'arrêtent; le visage devient tiré parfois bouffi; les téguments prennent une teinte jaunâtre. Enfin, en un mot, la jeune malade présente tous les symptômes d'un dépérissement prochain.

CHAPITRE III

Deuxième période.

Nous allons retrouver à cette période à peu près les mêmes symptômes généraux qu'à la première période. La constipation qui caractérisait un grand nombre de cas pendant la première période est remplacée souvent à la seconde période par de la diarrhée plus ou moins fréquente, pouvant aller depuis sept à huit selles jusqu'à vingt, amenant des matières d'une odeur infecte, des glaires, parfois striées de sang, du pus dans quatre observations; dans ces cas-là, la présence du pus est due à une perforation de l'intestin faisant communiquer l'intestin avec une cavité kystique remplie de pus.

Les vomissements sont devenus plus rares; quand ils surviennent, ils sont généralement liés à une nouvelle poussée de péritonite ou à une cachexie avancée.

Température. — Nous avons généralement la courbe des infections. Des températures se maintenant très éle-

vées matin et soir entre 39 et 40 degrés au moment des poussées, puis de grandes oscillations leur succédant et faisant parfois place, au bout de deux ou trois semaines à une température normale; mais la marche est fort irrégulière. Dans trois observations, on note une certaine gêne de la miction due peut-être à des adhérences immobilisant la vessie dans le petit bassin.

La toux est notée surtout au début de l'affection; l'on sait aussi quelle est la fréquence des localisations pulmonaires pour comprendre la fréquence de ce symptôme.

Ces sueurs nocturnes profuses, si fréquentes dans la tuberculose pulmonaire, n'ont été notées ici que dans un petit nombre de fois et généralement à la dernière période de l'affection. Elles constitueront donc un pronostic d'une certaine gravité.

Urines. — Les urines sont le plus souvent normales. Leur quantité est souvent diminuée surtout dans les cas d'ascite. Leur densité est souvent augmentée; leur couleur est le plus souvent normale. Dans près d'un tiers des cas, elles présentent de l'albuminurie depuis un simple nuage jusqu'au précipité blanc d'œuf cuit; dans trois cas, nous voyons signaler la présence d'une quantité d'urée supérieure à la normale; dans un seul cas des urines bilieuses. Les cas de polyurie ont été signalés par plusieurs auteurs coïncidant avec la disparition momentanée de l'épanchement ascitique; nous n'en avons pas trouvé de trace dans nos observations.

Cœur. — Le cœur est généralement en dehors de l'ensemble des lésions constatées; en effet, dans quarante-six observations où nous voyons noté l'état du cœur, nous voyons que, dans cinq cas seulement, on trouve à la base

un bruit de souffle probablement anémique, mais aucune lésion d'orifice ni du péricarde ou de l'endocarde.

Si nous passons maintenant à la seconde période, période d'état, nous allons retrouver une partie des symptômes de la période de début, mais souvent ils offriront un type différent et une marche spéciale. De plus, nous constaterons soit dans les organes abdominaux, soit dans le reste de l'économie, des modifications pathologiques profondes que nous n'avons vues qu'à l'état d'ébauche dans la première période ou bien même manquant complètement.

Le ballonnement existe toujours, il s'est même accru souvent ; le ventre est tendu, mais souvent il n'est plus souple ; il présente une sorte de fausse élasticité avec une sensation de dureté bien accusée par places. Il s'étale empiétant sur les deux hypocondres, sur le creux épigastrique ; mais ce n'est pas le ventre bombé projeté violemment en avant des enfants rachitiques ; c'est plutôt un ventre de batracien.

La sonorité est très variable ; tantôt un tympanisme absolu dans toute son étendue, quelle que soit la position du malade, tantôt deux régions bien distinctes de sonorité et de matité quelquefois fixes, mais dans le plus grand nombre des cas variant par le changement de position du malade ; parfois aussi elle est en damier, c'est-à-dire que l'on rencontre alternativement des îlots de matité et de sonorité.

Douleur. — La douleur est un symptôme presque constant de la seconde période, tantôt c'est une douleur sourde, continue, mais le plus souvent avec des exacerbations lancinantes provoquées surtout par la pression ; d'autres fois la pression est nécessaire pour réveiller la dou-

leur ; mais il est rare que la douleur arrive à cette intensité que l'on constate dans la péritonite aiguë ; on ne relate l'exagération de la douleur que dans les cas où il se forme des abcès entre le péritoine et la paroi.

Un symptôme très important nous est fourni par la constatation de l'état de la paroi abdominale.

Le plus souvent le ventre est dilaté, parfois d'une façon considérable ; il est tendu, ballonné, rénitent ; ces caractères s'observent le plus souvent dans toute son étendue, mais pourtant dans quelques observations nous avons affaire à un ventre souple ; dans deux cas même, à un ventre aplati, rétracté ; l'ombilic est saillant, parfois même il est rouge enflammé, paraît prêt à s'ulcérer.

Dans la péritonite chronique tuberculeuse, la paroi est dans quelques cas amaigrie ; plus souvent elle paraît être le siège d'un œdème plus ou moins prononcé. Dans quatre observations nous notons la contracture de la paroi abdominale tout entière, dans un cas elle est localisée aux muscles droits de l'abdomen ; dans certaines formes la paroi empâtée est soudée par des adhérences au péritoine et aux masses intestinales et ne paraît faire qu'un avec eux ; ou bien les adhérences ne sont que partielles ; ce sont des brides plus ou moins larges qui circonscrivent des loges pleines de liquide. D'autres formes intermédiaires montrent une paroi glissant mal sur les parties profondes, mais sans véritables adhérences.

Un caractère presque constant est le développement dans la paroi abdominale d'une circulation veineuse supplémentaire qui se trahit par la dilatation du réseau veineux sous-cutané. Ces veines, si peu importantes à l'état normal, dessinent dans la paroi des arborisations vascu-

lares d'une certaine importance. Ces arborisations sont en général irrégulièrement disséminées ; elles affectent aussi certaines localisations, par exemple la région hypogastrique.

Ascite. — L'ascite est un phénomène commun à toutes les formes de la péritonite tuberculeuse. Mais si l'ascite est possible dans toutes les variétés de la péritonite chronique tuberculeuse, elle n'est spéciale à aucune d'elles et nous ne croyons pas qu'on puisse décrire à part une forme ascitique de la maladie. L'épanchement peut survenir subitement et disparaître tout d'un coup. C'est un phénomène mobile, transitoire, mais qui presque toujours a une grande importance clinique. Dans beaucoup de cas il indique l'apparition d'une poussée aiguë, primitive si le début est brusque ; secondaire si cette poussée se fait au cours d'une péritonite tuberculeuse fibreuse ou ulcéreuse ; mais presque toujours le liquide apparaît avec une nouvelle éruption granuleuse et évolue avec elle.

Le liquide est libre dans la cavité abdominale ; très souvent surtout lorsque la péritonite date de loin et a cloisonné la cavité abdominale, le liquide se déplace peu ou pas.

Il est souvent très abondant ; mais malgré son abondance il est quelquefois difficile de déterminer la sensation de flot à cause du cloisonnement de la cavité abdominale en un certain nombre de compartiments limités par des brides fibreuses qui unissent le péritoine à la paroi et, dans quelques cas même, ces brides sont si nombreuses et les adhérences qu'elles déterminent si étendues que la paroi abdominale et la masse intestinale ne paraissent former qu'une seule masse. L'épanchement ascitique peut, par son abon-

dance seule, déterminer des compressions veineuses qui produisent à leur tour l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. La gêne de la circulation produit aussi sur la paroi abdominale la dilatation du réseau veineux superficiel qui fournit par ce moyen une circulation supplémentaire.

Cette circulation complémentaire est un symptôme d'une assez grande régularité, car nous le voyons noté trente-cinq fois et surtout dans l'hypocondre droit.

Quelle est la nature de cet épanchement ascitique ?

Les ponctions de l'abdomen peuvent nous donner quelques renseignements. C'est généralement un liquide clair ou à peine trouble, filant, légèrement albumineux. Quelquefois il est un peu teinté en rose par de la matière colorante du sang, hémoglobine.

Mais dans quelques cas, soit qu'une ponction antérieure faite sans précautions antiseptiques suffisantes ait permis à quelques microbes pyogènes de s'introduire dans la cavité abdominale, soit que l'infection ait pu se produire par la voie intestinale, le liquide peut se troubler, devenir franchement purulent, produire l'ulcération des téguments. Mais je me réserve de revenir là-dessus quand nous étudierons les complications de la péritonite.

Nous voyons donc que le développement du ventre provient le plus souvent d'un épanchement ascitique : mais l'ascite n'occupe pas toujours l'abdomen tout entier ; d'autres fois, elle manque entièrement quoique le ventre ait un volume anormal. Par la palpation nous voyons signaler : Observation 1 : flanc droit douloureux ; empâtement sans plaques indurées bien limitées. — Observation 3 : paroi abdominale rénitente : à droite, large zone indurée, dou-

loureuse à la pression ; submatité de ce côté ; sonorité à gauche et péri-ombilicale, limites de la sonorité et de la matité invariables, pas de flot ascitique. — Observation 9 : induration générale sous jacente, par places, masses plus dures et plus volumineuses. — Observation 21 : empâtement profond. — Observation 26 : sensation de masses dures profondes. — Observation 29 : empâtement profond et généralisé. Dans la fosse iliaque gauche, tumeur oblongue, indolente. — Observation 33 : dans la fosse iliaque gauche, tumeur lisse régulière en plastron, peu mobile, non adhérente à l'os iliaque et paraissant liée à une ovarosalpingite. — Observation 35 : vers l'hypocondre droit petits noyaux durs et échelonnés. — Observation 46 : corps dur douloureux, transversalement allongé dans la région de l'hypocondre gauche. — Observation 49 : empâtement. Nombreuses tumeurs caséuses dures et douloureuses. Tumeurs en nappe occupant l'hypocondre gauche. — Observation 54 : sensation de masses compactes adhérentes à la paroi et formées par des masses intestinales. — Observation 57 : ventre gros à droite, Tumeur dure, petite, douloureuse, assez superficielle, entourée d'un empâtement mal limité. — Observation 70 : abdomen dur. Masses bosselées inégales. Adhérences des parois. — Observation 71 : ventre tendu, ballonné, masses dures. — Observation 75 : nombreuses plaques et îlots caséux disséminés au milieu d'adhérences multiples de la paroi. — Observation 77 : au niveau de l'ombilic, plaque dure et douloureuse de la largeur de la main.

On voit par ces nombreuses citations que le développement abdominal n'est pas toujours dû à l'ascite. Mais par quoi sont constituées ces masses. Parfois, surtout quand

elles donnent la sensation d'un empâtement sans limites bien précises, elles proviennent des lésions inflammatoires par propagation au tissu cellulaire qui s'infiltré et tend à la suppuration ; d'autres fois, ces masses sont formées d'anses intestinales agglutinées entre elles et soudées à la paroi abdominale par des adhérences plus ou moins lâches ; à ces masses viennent encore se joindre des nodules, des ganglions tuberculeux, soit simplement indurés, soit déjà caséux ; quelquefois enfin, surtout lorsque ce sont de petites masses dures, inégales, bosselées, répandues çà et là dans l'abdomen, on peut avoir affaire simplement à des ganglions mésentériques tuberculeux.

Nous avons vu que le contenu anormal de l'abdomen distendu, ce que nous pourrions appeler son contenu pathologique, était formé par du liquide (ascite), par des masses dures (ganglions, tissus cellulaires infiltrés), nodules tuberculeux à une période plus ou moins avancée, ou bien par ces deux éléments associés dans des proportions variables ; par quels signes extérieurs ferons-nous le diagnostic du contenu ? Nous avons déjà parlé de l'augmentation plus ou moins considérable du volume du ventre ; nous n'y reviendrons pas ; mais nous avons encore à étudier les symptômes fournis par l'auscultation du ventre. En dépouillant les quarante et une observations où ces symptômes sont notés, nous trouverons : Ventre sonore dans toute son étendue dans les observations 6, 19, 22, 41. — Ventre distendu, sonore dans toute son étendue. Observation 55. — Sonorité partout, sauf au-dessus du pubis. Observation 60. — Tympanisme dans toute l'étendue du ventre. Observation 78.

Dans les autres observations, on trouve très rarement.

de la matité dans toute l'étendue de l'abdomen; nous ne la voyons notée que dans quatre observations : 26, 32, 39 et 40. Encore elle n'est absolue que dans l'observation 32, où elle est accompagnée d'une dyspnée assez intense; dans les trois autres on trouve un niveau de l'appendice xyphoïde une zone sonore plus ou moins considérable due vraisemblablement à un peu de dilatation de l'estomac.

Le plus généralement la sonorité et la matité sont réparties dans des proportions variables; on doit faire seulement une distinction; la matité et la sonorité ont des limites invariables ou bien leurs domaines se déplacent suivant que le malade est dans le décubitus dorsal ou couché sur le côté droit ou gauche. Une autre forme que nous rencontrerons assez fréquemment est ce que nous nommerons la matité en damier, dans laquelle la matité et la sonorité alternent par îlots assez réguliers. Dans le reste des observations, nous voyons notés assez souvent la sonorité dans le flanc droit, et de la matité dans le flanc gauche et réciproquement; la région hypogastrique offre presque toujours de la matité. Enfin la variété que nous pouvons observer le plus rarement est celle où la matité dessine une sorte de fer à cheval, dessiné par les deux hypocondres et la région hypogastrique, tandis que le centre du fer à cheval, correspondant à la région péri-ombilicale et à la région épigastrique, offre de la sonorité dans toute son étendue.

Enfin l'oreille appliquée sur la paroi abdominale perçoit dans quelques cas un bruit de frottement dû au glissement rude des adhérences de la paroi et du péritoine et des masses intestinales; mais ce n'est pas un bruit rude de cuir neuf, comme celui qu'on perçoit dans la pleurésie;

c'est un bruit plus doux qu'on peut comparer à celui de la neige froissée.

Nous avons dit que la plupart du temps le liquide disparaissait au bout d'un temps variable, soit d'une manière définitive, soit pour reparaître plus tard ; que dans d'autres cas il restait stationnaire ; enfin dans des cas beaucoup plus rares, soit à la suite d'une ponction faite sans assez de soins antiseptiques, soit que l'infection soit venue de l'intérieur par quelque communication avec les masses contenues dans l'intestin, la fièvre s'allume ; le liquide subit la transformation purulente ; la peau s'enflamme, rougit, s'amincit surtout dans la région ombilicale et il se fait un écoulement de pus plus ou moins abondant. Au bout de quelque temps la suppuration se tarit, le trajet se cicatrise et il se produit généralement une amélioration dans l'état de la malade ; ou bien il reste fistuleux, l'écoulement persiste ; parfois même il s'établit une communication entre l'abcès et l'intestin, et les matières fécales sortent mélangées à du pus. Dans quelques observations nous verrons l'abcès, au lieu de se faire jour dans la paroi abdominale, s'évacuer par les selles au moyen d'une ulcération qui ouvre l'intestin ; mais dans tous ces cas soit la suppuration extérieure ou la diarrhée qu'elle détermine à l'intérieur épuise les forces de la malade, détermine la cachexie, et au bout de quelques semaines, de quelques jours dans les cas les plus graves, la malade succombe dans le marasme. Nous allons citer quelques observations d'abcès ouverts.

OBSERVATION. 15. — P..., Isabelle, vingt ans et demi :

Mère morte après une longue maladie probablement phthisique. Mauvaise santé habituelle. Adénites suppurées multiples anciennes ayant laissé dans les deux régions inguinales de nombreuses cicatrices. Abscess de l'ombilic s'étant déclaré depuis cinq jours. Peau de la région péri-ombilicale rouge enflammée. L'abdomen est un peu tuméfié. Pas de réseau veineux dilaté. Palpation douloureuse dans tout l'abdomen, tuméfaction péri-ombilicale du volume d'une amande. Une fistule ombilicale laisse écouler une assez grande quantité de matière purulente. Au bout d'une semaine la suppuration a beaucoup diminué. La malade sort améliorée.

OBSERVATION 27. — D..., Claudine, âgée de vingt-huit ans, entrée le 27 juillet 1885.

Comme antécédents personnels le père et la mère jouissent d'une bonne santé. Une de ses sœurs est morte à onze ans à la suite d'une longue maladie que la malade ne peut préciser.

L'affection a débuté il y a trois mois : le ventre a grossi rapidement avec des alternatives de diarrhée et de constipation ; les douleurs étaient assez fortes au début. Actuellement le ventre est volumineux, distendu.

La sonorité est peu accusée dans l'hypocondre droit et gauche, sensation nette de masses dures, profondes. La pression est un peu douloureuse dans tout l'abdomen. Déformation de la poitrine en sablier. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

13 août. — Le ventre est devenu plus volumineux et plus douloureux. Il s'est produit un peu de diarrhée. On trouve dans les selles deux lombrics vivants. Rougeur douloureuse de l'ombilic et de la région péri-ombilicale. Peau amincie. Un peu de fluctuation.

12 septembre. — La malade a eu plusieurs vomissements. Fièvre.

21 septembre. — Perforation spontanée au niveau de l'ombilic. Issue de 60 grammes de pus bien lié sans matière stercorale. Un peu de fièvre.

24 septembre. — Il s'écoule toujours du pus. Ventre moins douloureux.

13 octobre. — L'écoulement de pus prend des caractères fécaloïdes.

11 novembre. — Il est sorti par l'ouverture ombilicale un certain nombre de lombrics. Écoulement assez abondant de pus.

20 novembre. — Trois vomissements alimentaires. Un peu de fièvre.

8 octobre. — Vives douleurs abdominales. Vomissements continuent.

8 janvier. — La malade n'a plus de vomissements depuis quelques jours. Elle engraisse notablement.

10 février. — La malade a eu de nouveau plusieurs vomissements. Issue considérable de pus. Pas de matières fécales.

27 mai. — Toujours des vomissements. Écoulement purulent.

15 août. — L'ouverture ombilicale s'est refermée. La malade a notablement engraisé. Sort très améliorée.

OBSERVATION 30. — T..., Eugénie âgée de quatre ans, entrée le 12 novembre 1884.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère jouissent d'une bonne santé.

Début brusque de la maladie il y a dix-huit jours. Il y a eu quelques vomissements. Constipation opiniâtre. Le ventre est dur, très développé. L'ombilic forme une saillie très

prononcée, siège d'une vive rougeur; on voit le pus à travers la peau par transparence. Fluctuation manifeste. Matité dans toutes les parties déclives à droite. Sonorité à gauche. La paroi abdominale est adhérente aux anses intestinales qui ne peuvent être déplacées non plus que la matité. La pression est assez douloureuse.

Réseau veineux sous-cutané atteint un assez grand développement. Rien au cœur ni aux poumons.

13 novembre. — Ouverture spontanée au niveau de l'ombilic; cette ouverture donne issue à 300 grammes de pus mal lié, peu fétide; pas de selles purulentes.

15 novembre. — Il s'écoule par l'ombilic une assez grande quantité de matières fécales en même temps que le pus. Issue par l'anus de quelques matières dures, mais pas de selles purulentes. La malade s'affaiblit avec une grande rapidité et meurt dans la cachexie.

OBSERVATION 43. — B..., Henriette, neuf ans, entrée le 23 mars 1833.

On ne trouve pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure. La maladie a débuté brusquement il y a huit jours sans cause apparente par des vomissements et de la diarrhée, accompagnées de douleurs abdominales très vives et d'une fièvre intense. Le ventre est peu volumineux, régulier, sans induration ou inégalités.

La paroi abdominale est immobile pendant la respiration qui est exclusivement sterno-costale. Pas de gargouillements. La diarrhée persiste. Rien au cœur par l'auscultation. Bruit de souffle à la base du poumon gauche. Fièvre intense, 40 degrés. On combat l'élévation de la température par l'enveloppement dans un drap mouillé et les lavements froids.

4 mai. — On constate une légère amélioration ; le ventre n'est plus ballonné ; mais il est toujours dur ; les intestins forment une seule masse avec la paroi.

17 juin. — La malade est prise de vomissements alimentaires. Le ventre est devenu douloureux. A l'auscultation, on constate une submatité relative de la base droite.

29 juin. — Ventre volumineux ; toujours des adhérences.

4 juillet. — On constate à la partie inférieure de l'ombilic une petite tumeur fluctuante du volume d'une noisette ; il y a du pus au centre. Ouverture spontanée de l'abcès. Il en sort une cuillerée environ de pus séreux et fétide.

15 juillet. — Issue par l'ouverture ombilicale d'une grande quantité de pus ichoreux et très fétide. En même temps il se développe une phlegmasie *alba dolens* du membre inférieur gauche ; œdème mou au pied et dur au mollet. Empâtement de la partie antéro-supérieure de l'avant-bras droit ; douleur et rougeur de cette région ; myosite du biceps du même côté.

26 juillet. — Ecoulement beaucoup diminué, fétide, mais non fécaloïde ; il se produit un œdème de la jambe droite ; la phlegmasie est moins intense dans la jambe gauche.

1^{er} août. — Vomissements alimentaires et bilieux. Amaigrissement. Pleurésie à la base du poumon droit par propagation de l'infection. Expectoration fétide.

4 août. — L'écoulement sanieux devient de jour en jour plus abondant. La cachexie fait tous les jours de nouveaux progrès et l'enfant succombe dans le marasme.

OBSERVATION 44. — D..., Claudine, trois ans, entrée le 3 mars 1884.

Aucun renseignement. Vient d'un service de chirurgie. Ventre distendu. Réseau veineux sous cutané développé.

Matité dans les parties déclives. Pas de noyaux indurés bien nets. Pas de diarrhée, amaigrissement, état mauvais. Rien au cœur, ni aux poumons. Pas d'albumine dans les urines. Au-dessus de l'ombilic, ouverture fistuleuse donnant issue à une grande quantité de pus jaunâtre infect.

Mai. — Écoulement fécaloïde très abondant par l'ombilic ; quelques selles anales obtenues à la suite de lavements. Sueurs profuses surtout la nuit. Grand amaigrissement.

23 juillet. — Vomissements. Écoulement persistant. Les forces diminuent de plus en plus et la malade meurt dans cachexie.

OBSERVATION 50. — D..., Louise, neuf ans, entrée le 19 mars 1883.

Antécédents héréditaires. — Père et mère jouissent d'une bonne santé.

Le début de la maladie remonte à un mois et demi. Douleurs dans la région sous-ombilicale. Le ventre augmente de volume régulièrement ; pas de vomissements, ni diarrhée.

État actuel. — Ventre volumineux, douloureux à la pression. Réseau veineux développé. Sonorité au-dessus de l'ombilic et dans les deux hypocondres ; matité à l'hypogastrique.

Poumons. — Par l'auscultation aux deux sommets, symptômes de tuberculose à une période assez avancée.

25 mars. — La malade est prise de vomissements répétés.

28 avril. — Ventre plus douloureux. Au-dessus de l'ombilic, rougeur, tuméfaction et légère fluctuation profonde.

Les vomissements continuent. La diarrhée commence à se manifester.

5 mai. — Il se produit au-dessus de l'ombilic une ouverture spontanée irrégulière du diamètre d'une pièce de 50 centimes donnant issue à un liquide puriforme très fétide.

-12 mai. — L'écoulement persiste ; la malade se cachectise.
Mort.

OBSERVATION 59. — B..., Marie, onze ans, entrée le 17 janvier
1880.

La maladie a débuté il y a deux mois par des alternatives
de diarrhée et de constipation puis par la diarrhée seule.

État actuel. — Ventre tendu, douloureux, empâté.
Proéminence et rougeur de l'ombilic. Rougeur de la zone
péri-ombilicale sur une largeur de 10 centimètres. Diarrhée,
vomissements, fièvre. Douleur des deux nerfs sciatiques au
voisinage de l'inflammation.

Pleurésie sèche, adhérence à la base du poumon droit.
Signes de tuberculose au début au sommet gauche. Le foie
est hypertrophié. Pas de signes d'affection du cœur. La
malade est prise de vomissements bilieux. Il se fait une per-
foration spontanée au-dessous de l'ombilic par une petite
fistule donnant une verrée de pus, puis des matières fécales.
Mort dans le marasme.

Autopsie. — Adhérences nombreuses unissant tous les
organes et la paroi, limitant des chambres plus ou moins
enflammées ; l'une communique avec l'extérieur par la cica-
trice ombilicale et avec le côlon transverse par plusieurs
ulcérations pleines de matières fécales. Elle est en partie
limitée par le grand épiploon transformée en une masse
charnue méconnaissable. Foie gras, tuberculose des
deux poumons à la première période.

OBSERVATION 77. — M... Emilie, âgée de quatorze ans,
entrée le 23 juin 1887. Bonne santé antérieure.

Le début de l'affection remonte à trois semaines environ.

Aux deux jambes, anasarque commençant par les malléoles. Ni vomissements ni diarrhée : pas de douleurs.

Actuellement ventre ballonné un peu douloureux. Au niveau de l'ombilic, plaque dure et douloureuse de la largeur de la main. A ce niveau, un peu d'ascite.

Suintement séro-purulent, médiocrement abondant par un orifice fistuleux qui se trouve au niveau de l'ombilic.

Depuis quelques jours la malade a un peu de diarrhée.

Bouffissure de la face ; œdème des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Epanchement pleurétique à droite. Rien au cœur. On constate dans les urines la présence d'une grande quantité d'albumine.

Affaiblissement rapide. Mort dans cachexie et délire.

Boginsky cite les perforations ombilicales, mais les croit beaucoup moins fréquentes que nous ne l'avons constaté.

Vacher a étudié dans sa thèse les causes et la fréquence de la fistule ombilicale chez l'enfant : nous nous rattacherons aux causes anatomiques plutôt qu'aux causes un peu banales qu'il invoque.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Nous allons étudier d'abord les indications de lésions qui nous seront fournies par un assez grand nombre d'autopsies relatées dans nos observations. Nous allons trouver :

OBSERVATION 1. — G..., Delphine, âgée de treize ans et demi, entrée le 7 août 1889.

Pas d'antécédents héréditaires. Père et mère en bonne santé. L'affection a débuté il y a deux mois par une augmentation considérable du volume du ventre. En même temps l'enfant s'est mise à tousser. Diarrhée.

Etat actuel. — La paroi abdominale est considérablement amaigrie ; flanc droit douloureux, empiatement sans plaques indurées bien limitées. Diarrhée ; le foie est un peu hypertrophié. Auscultation des poumons.

Diminution de la sonorité au sommet gauche ; sous la cla-

veine gauche, râles humides ; rien à droite ni aux bases. Réflexes diminués sauf brachial gauche. Affaiblissement progressif.

Diarrhée très abondante. Mort dans le marasme.

Autopsie dans les poumons : cavernes plus considérables à gauche qu'à droite. Induration des deux sommets. Foie volumineux et friable.

Abdomen : péritonite localisée plus marquée à droite où ces masses intestinales forment un gros paquet.

Gros ganglions mésentériques caséeux. Ulcérations de l'intestin vers la partie inférieure du duodénum, et tout l'intestin grêle taillé en gradins et à bords disséqués et fortement épaissis.

OBSERVATION 2. — G..., Louise, âgée de treize ans, entrée à la Charité le 7 mai 1889.

Antécédents héréditaires. — Mère tuberculeuse. Autres parents en bonne santé. Début de l'affection il y a deux mois. Diarrhée fréquente ; douleurs abdominales et point de côté. Toux. Ventre notablement météorisé, mais encore souple. Pression plus douloureuse au niveau de l'ombilic.

Pas de sonorité hydroaérique ; météorisme augmenté dans l'espace de Traube. Pas de vomissements ; langue fortement saburrale. Le foie n'est pas hypertrophié.

Auscultation : les deux poumons sont sains.

Cœur à la base, premier temps est légèrement soufflé.

Malade, sortie depuis quatre jours, rentre avec bouffissure de la face et œdème des membres inférieurs ; pas d'oppression ni de céphalalgie ; la malade n'a pas eu d'éruption ni de mal de gorge quoiqu'il y ait eu des cas de scarlatine dans le service.

Albumine en moyenne quantité dans les urines.

Le 11 septembre, la malade debout a été prise de contraction du pied droit dans l'extension ; en même temps mains et doigts dans la demi-flexion ; ni crampes ni fourmillements ; l'accès dure un quart d'heure.

21 septembre. — Hypertrophie de la rate ; un peu d'induration dans le flanc gauche. L'enfant a pris du muguet et de la diarrhée ; la température monte à 39°,5. Mort.

Autopsie. — Noyau caséeux dans chaque poumon à la base ; pus dans les bronches. Ganglions peu bronchiques, tuméfiés ; quelques-uns caséeux se ramollissent.

Péritoine. Pas de liquide. Ni exsudat, ni adhérences.

Sur la dernière partie du petit intestin, granulations caséeuses entourées de zones de congestion. A l'intérieur six larges ulcérations bourgeonnantes faisant comme le tour de l'intestin grêle de forme annulaire s'étendant sur une longueur de 50 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Gros rein blanc. Pyramides colorées seules ; substance corticale et colonnes de Bertin blanc nacré d'aspect lardé. Pas de kystes. La rate atteint le poids de 50 grammes. Dureté ligneuse.

OBSERVATION 3. — A..., Fernande, neuf ans, 11 janvier 1889.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Début il y a six mois par augmentation de volume de l'abdomen, anorexie, vomissements, diarrhée, coliques après le repas. Amaigrissement : la fièvre atteint 40 degrés : sueurs nocturnes. Diarrhée, plus de vomissements ; pas de malaise. Paroi abdominale rénitente, très distendue à droite, large zone indurée douloureuse à la pression ; submatité de ce côté, sonorité à gauche et péri-ombilicale ; limites de la sonorité et de la matité invariables ; pas de flot ascitique, pas de gargouillement, ni aucun bruit de neige.

Foie et rate normaux. Pas d'albumine dans les urines.

Auscultation. Au cœur premier bruit prolongé un peu soufflant. Poumons, respiration soufflante au sommet droit; submatité au sommet gauche. Cyphose à la deuxième lombaire. Douleur à la pression, pas d'albumine dans les urines.

10 janvier. — Tympanisme régulier sans zone mate, pas d'induration. Adénite bi-inguinale; très petits ganglions à gauche.

6 février. — La malade contracte la diphtérie et meurt le le troisième jour après le début.

Autopsie. — Très peu de liquide dans la cavité abdominale il est impossible de décoller le péritoine pariétal de la paroi antérieure. Toutes les anses du côlon et de l'intestin grêle sont agglutinées par des fausses membranes assez résistantes limitant des cloisons remplies de sérosité sanguinolentes et purulentes recouvertes sur toutes leurs faces de granulations tuberculeuses anciennes. Ganglions mésentériques volumineux et caséeux. Péritoine diaphragmatique adhérent.

Plèvre diaphragmatique et bases des deux poumons ne peuvent être détachées du diaphragme adhérent. Rien aux poumons excepté au niveau de la bronche gauche où l'on trouve un noyau de sclérose fibreuse. Ganglions tuberculeux ramollis, foie graisseux. Le cœur et les reins ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATION 9. — V..., âgée de treize ans, entrée à la Charité le 24 mai 1889.

Entrée dans un état comateux; morte quelques heures après
Pas de renseignements.

Autopsie trente heures après la mort. Corps en décomposition avancée. Muscles de la paroi abdominale surtout à droite putréfiés. Au niveau de la fosse iliaque droite collec-

tion purulente communiquant avec une poche située sur le côté droit du cæcum.

Au-dessus de l'ombilic, péritonite aiguë; accollement de toutes les anses; plusieurs petits abcès dans le flanc droit et gauche. Toute la superficie du péritoine, de l'intestin, l'estomac et le foie sont recouverts d'un très grand nombre de granulations blanchâtres; les ganglions épiploïques sont caséeux.

Poumons : Sur la plèvre droite beaucoup de petites granulations blanchâtres et quelques tubercules plus gros. Dans le poumon droit deux noyaux de bronchopneumonie tuberculeuse et un noyau caséeux. Dans la plèvre gauche quelques granulations blanchâtres, au sommet du poumon un noyau caséeux. Ganglions bronchiques très volumineux et complètement caséifiés. Rien dans les méninges ni dans la pulpe cérébrale.

OBSERVATION 10. — C..., âgé de neuf ans, entrée le 10 mars 1888.

Antécédents héréditaires. Père et mère bien portants. Une sœur plus âgée souffre du ventre. Ne sait depuis quand son ventre a commencé de grossir. Souffre peu. Diarrhée. Ventre volumineux étalé, matité en damier. Liquide probablement en petite quantité; pas de masses dures. Foie normal. Rien aux poumons ni au cœur. Mictions faciles. Pas d'albumine.

15 mai. — Fièvre monte à 39 degrés, ventre dans le même état. Amaigrissement. Anorexie; quelques craquements au sommet droit. Toux fréquente.

24 mai. — Il survient des vomissements. Ventre douloureux, pas de diarrhée.

10 juin. — Sort dans le même état.

9 juillet. — Rentre au dernier degré de marasme. Meurt trois heures après.

Autopsie. — Granulations tuberculeuses dans tous les replis péritonéaux. Nombreuses adhérences entre les intestins et la paroi. Le grand épiploon forme une corde étendue de l'estomac au pubis. Ganglions mésentériques tuberculeux. Dans les poumons grande caverne au sommet gauche. Tubercules dans les deux poumons. L'intestin et le cerveau n'ont pas été examinés.

OBSERVATION. 11. — O... Claudine, onze ans, entrée le 14 mai 1888.

Antécédents héréditaires. Les parents jouissent d'une bonne santé. Trois enfants sont bien portants. Le quatrième est affecté d'une tumeur blanche du genou droit.

Antécédents personnels : A l'âge de dix mois abcès ganglionnaires sous-maxillaires. Rougeole à l'âge de trois ans. Le début de l'affection remonte à deux ans à peu près. Pas de cause apparente. Téguments pâles, pli cachectique. Œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Signes d'ascite assez abondante. Fluctuation manifeste. Diarrhée continue depuis deux ans. Vomissements. Urines normalement colorées, dépôt d'albumine non rétractile.

16 mai. — Le ventre est devenu très douloureux et très ballonné. Ombrilic proéminent. La malade maigrit progressivement, tombe dans le marasme et succombe le 1^{er} juillet.

Autopsie. — Reins rates et foie fortement amyloïdes. Granulations tuberculeuses et quelques adhérences anciennes du péritoine. Ganglions mésentériques tuberculeux. Pas de symptômes de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION 20. — M... Victorine, âgée de treize ans, entrée à la Charité le 15 juin 1807, profession piqueuse de bottines.

Antécédents héréditaires. Père bien portant, mère morte

jeune. Le début de la maladie remonte à dix jours. Invasion brusque après une chute dans un escalier étant pesamment chargée. Régée il y a six mois seulement. Douleurs abdominales assez vives, vomissements incessants, pas de diarrhée, céphalalgie, courbature, plutôt un peu de constipation, abdomen contracté, contracture des muscles abdominaux droits. Maximum douloureux au niveau de la fosse iliaque droite.

28 juin. — La malade est prise de vomissements et de diarrhée.

7 juillet. — Vomissements très abondants, sueurs nocturnes et amaigrissement. Mort dans le marasme et la cachexie.

Autopsie. — Adhérences nombreuses du grand épiploon et du péritoine pariétal. Loges remplies de matières purulentes. Le grand épiploon est semé par places de séries de tubercules, quelques ganglions mésentériques tuberculeux. Absès au niveau de la rate. Au sommet gauche tubercules et quelques cavernules.

OBSERVATION 24. — C... Françoise, âgée de six ans, entrée à la Charité, le 11 mai 1886.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. Le début de l'affection remonte à un mois. La malade a maigri et jauni, cependant mangeait encore et ne souffrait pas. Depuis huit jours elle a été prise de vomissements et d'anorexie. Le ventre a grossi considérablement. Peau jaune : teinte subictérique de la muqueuse conjonctivale. Ventre encore augmenté de volume. Saillie de l'ombilic. Sensation de flot. Matité dans les parties déclives et sus-pubiennes. Foie non hypertrophié. Rien au cœur ni aux poumons. Pression sur la paroi douloureuse. Matité en damier. Réseau veineux sous-

cutané dilaté. Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic 60 centimètres et demi. Contracte la scarlatine et meurt dans le service d'isolement. A l'autopsie, tubercules sur la surface du péritoine; quelques ganglions mésentériques tuberculeux devenus caseux.

OBSERVATION 29. — M... Julie, âgée de quatorze ans, entrée à la Charité le 3 août 1884.

Antécédents héréditaires. Père et mère tous les deux bien portants. Antécédents personnels. Coqueluche à l'âge de cinq ans. Tousse depuis tous les hivers. Il y a deux ans passe deux mois au lit; toux, fièvre, points de côté. Depuis un mois le ventre se grossit et devient douloureux. Vomissements, constipation. Facies péritonéal, teint terreux, yeux caves. Ventre régulièrement développé, souple. Palpation donne la sensation d'un empâtement profond et généralisé. Douleurs peu accusées à la pression, plus intenses à droite. Albuminurie passagère dans les urines. Rien au cœur. Un peu d'induration au sommet des deux poumons.

10 septembre. — Dans la fosse iliaque gauche on constate la présence d'une tumeur oblongue indolente. Ventre souple: une dose d'eau de Sedlitz n'a pas fait disparaître la tumeur du ventre.

20 septembre. — Persistance de la tumeur iliaque. Les fonctions digestives sont toujours très bonnes.

17 novembre. — Apparition des premières règles. La malade sort bien portante et réglée. Engraissement notable; les signes pulmonaires ont entièrement disparu.

12 mars 1885. — La malade revient dans le service. Depuis deux mois elle est atteinte de vomissements, de diarrhée. Le ventre est volumineux, sans épanchement ni douleur à la palpation. Vers l'hypocondre droit petits noyaux durs éche-

lonnés. Rien aux poumons ni au cœur. Température rectale 39°,5.

5 juin. — Depuis quelques jours vomissements alimentaires et bilieux. Vives douleurs abdominales. Ce matin faiblesse, angoisse et tendance à la syncope. Trois heures après, perte par le rectum d'une grande quantité de sang d'odeur fétide, nauséabonde. Grande diminution de volume du ventre. La malade ne souffre pas, mais est exsangue ; figure livide.

8 juin. — Vomissements persistants, mais pas d'hémorragie.

9 juin. — Meurt dans le coma, léger strabisme externe de l'œil gauche.

Autopsie. — Cerveau, hémisphère droit, à la partie antérieure des corps opto-striés, tubercule du volume d'un haricot entouré d'une zone de ramollissement. Dans le poumon, quelques noyaux caséux superficiels. Dans l'abdomen, adhérences et tuberculose généralisée du péritoine. Adhérence des anses intestinales surtout à la partie terminale de l'intestin grêle qui est couleur lie de vin. A l'endroit où la coloration est le plus accentuée, ulcération très accusée et occupant une large surface.

OBSERVATION 41. — B... Marie, brodeuse, quatorze ans, entrée à la Charité le 6 décembre 1883.

N'est pas encore réglée. Travaille dans un atelier de six heures du matin à neuf heures du soir. L'affection a débuté il y a trois mois, mais elle ne tousse que depuis quelques jours. Amenée dans le service ne parlant déjà plus. Ventre distendu, sonore dans toute son étendue. Au-dessous et à gauche de l'ombilic, point induré bien circonscrit de la largeur de 4 à 5 centimètres. Palpation douloureuse à ce niveau. La malade vomit chaque fois qu'elle boit. Rien au cœur. A droite, au sommet quelques râles sibilants. Haleine fétide. Œdème

aux deux membres inférieurs. Urinès bilieuses, teintes subictériques des conjonctives. Sept selles diarrhéiques puriformes. Mort.

Autopsie. — Adhérences nombreuses des viscères, la cavité péritonéale est pleine d'une boue grisâtre et la surface péritonéale couverte d'exsudats membraneux, sales, noirâtres. Foie grassex. Trois ou quatre nodules caséeux de la grosseur d'un pois ou d'une noisette dans chaque poumon.

OBSERVATION 50. — D... Louise, âgée de neuf ans, entrée à la Charité le 19 mars 1883.

Père et mère en bonne santé tous deux. Début de l'affection il y a un mois et demi, douleurs dans la région sous-ombilicale ; le ventre grossit régulièrement. Ventre volumineux, douloureux à la pression. Réseau veineux développé. Sonorité en-dessus de l'ombilic et sur les côtés.

Auscultation. Poumons ; tuberculose aux deux sommets.

25 mars. — La malade est prise de vomissements répétés.

28 avril. — Ventre plus douloureux. Au-dessus de l'ombilic, rougeur, tuméfaction et légère fluctuation profonde. Diarrhée et vomissements. Amaigrissement rapide.

5 mai. — Au-dessus de l'ombilic, ouvertures spontanée irrégulière du diamètre de 50 centimètres donnant issue à du liquide puriforme et extrêmement fétide.

12 mai. — L'écoulement persiste. Meurt dans cachexie.

Autopsie. — Nodules caséeux dans les poumons. Symphyse péritonéale généralisée. Nodules et masses caséeuses, quelques-unes ramollies ; l'une a ouvert à la fois l'intestin et la paroi abdominale. Pas d'entérite tuberculeuse. Ganglions du mésentère sains. Rien au cerveau.

OBSERVATION 52. — P... R., âgée de huit ans et sept mois, entrée à la Charité le 28 avril 1881.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires ou personnels de l'enfant. Début de la maladie imprécis. Amaigrissement. Douleurs dans le ventre, diarrhée. Ventrebouffé douloureux. Ascite énorme. Un peu de bouffissure de la face. Fièvre hectique. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines. Poumons au sommet, matité, craquements et râles fins des deux côtés. Meurt avec diminution de l'ascite et des vergetures.

Autopsie. — Cavernes aux deux sommets. Ganglions mésentériques gros et caséeux. Quelques granulations sur le péritoine sans adhérences ni grande péritonite et à l'ouverture de l'abdomen s'écoule une grande quantité de sérosité limpide.

OBSERVATION 54. — G..., Anna, trois ans, entrée à la Charité le 30 mai 1881.

Pas d'antécédents héréditaires. Rachitique. Début de l'affection il y a six mois, toux, vomissement, diarrhée. Ventre très volumineux, dur, sonore, pas de flot. Sensation de masse compacte formée par la masse intestinale et adhérente à la peau. Réseau veineux sous-cutané, dilaté. Diarrhée. Les vomissements n'ont pas continué. Fièvre. Matité aux sommets. Rien au cœur. Un peu d'albumine, œdème des membres inférieurs, se cachectise et meurt.

Autopsie. — Organes abdominaux réunis en un paquet inextricable par des adhérences péritonéales entrecoupées de noyaux caséeux parfois ramollis et convertis en foyer puriforme. Plèvres diaphragmatiques offrent des noyaux caséeux. Pas de tuberculose dans les poumons.

OBSERVATION 59. — B..., Marie, âgée de onze ans, entrée à la Charité le 17 janvier 1880.

Début de l'affection il y a deux mois environ. Alternativement diarrhée et constipation, puis diarrhée seule. Ventre tendu, douloureux, empâté. Proéminence et rougeur de l'ombilic. Zone rouge de 10 centimètres tout autour. Diarrhée, vomissements, fièvre.

Douleur des deux sciatiques au voisinage de l'inflammation.

Pleurésie sèche adhésive de la base à droite. Foie hypertrophié.

Rien au cœur. Signes de tuberculose au côté gauche.

Vomissements bilieux. Perforation spontanée par l'établissement au dessous de l'ombilic d'une petite fistule donnant une verrée de pus, puis des matières fécales ; mort dans marasme.

Autopsie. — Adhérences nombreuses unissant tous les organes et la paroi et limitant des chambres plus ou moins spacieuses enflammées ; l'une communique avec l'air extérieur par la cicatrice ombilicale et avec le côlon transverse par plusieurs ulcérations pleines de matières fécaloïdes ; elle est en partie limitée par le grand épiploon transformé en une masse charnue méconnaissable. Foie gras : à l'examen des poumons, on les trouve tous les deux envahis par la tuberculose à la première période.

OBSERVATION 65. — B..., Anne, âgée de treize ans et demi.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires. Bonne santé antérieure. Depuis trois ou quatre mois, faiblesse, toux, quelques hémoptysies. Ventre volumineux, paroi glisse mal. Réseau veineux sous-cutané, dilaté. Nombril saillant et rouge, œdème des membres inférieurs.

Rien à l'auscultation pulmonaire. Sueurs nocturnes abondantes, fièvre intense, maigreur, tombe dans le marasme et meurt.

Autopsie. — Péritoine contient 2 litres de sérosité purulente très fétide. Péritoine pariétal et viscéral couvert d'îlots confluents caséeux de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de vingt centimes. Mésentère transformé en lambeau jaunâtre épais. Ganglions mésentériques relativement sains. Adhérences des anses intestinales entre elles et des organes abdominaux au péritoine en formant une seule masse. Dans les deux poumons, éruption confluyente de granulations.

OBSERVATION 66. — D..., Lucie, âgée de sept ans, entrée à l'hôpital le 29 octobre 1878.

Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents personnels : Coqueluche, variole, diarrhée habituelle, gros ventre, rachitisme. Ni toux ni vomissements. Ventre très volumineux, dur, sonore en haut, mat en bas. Paroi peu mobile. Veines dilatées, ombilic un peu saillant. Pression peu douloureuse, un peu de diarrhée légère.

Auscultation. Rien au cœur, mais poumons douteux. Persistance de la diarrhée, succombe dans le marasme.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le péritoine en symphyse complète pariétale et viscérale.

Grosses masses tuberculeuses plus ou moins ramollies. Intestins, quelques rares ulcérations de la muqueuse. Quelques lésions tuberculeuses au sommet des deux poumons. Foie grassex. Cœur et son péricarde absolument sains.

OBSÉRVATION 74. — D... Faustina, âgée de quatre ans et trois mois, entrée à la Charité, le 4 juillet 1877.

Bonne santé antérieure. Début de l'affection il y a deux mois. Diarrhée violente, vingt selles par jour, coliques, pas de vomissements, toux, amaigrissement. Abdomen un peu ballonné, ni dur ni douloureux à la pression. Vomissements bilieux, cris méningitiques. Meurt dans le marasme sans convulsions.

Autopsie. — Pas de méningite tuberculeuse; congestion de la pie-mère. Poumons caséeux, foie graisseux. Symphyse péritonéale généralisée parsemée de plaques et nodules caséeux.

OBSÉRVATION 75. — S... Marie, sept ans, entrée à la Charité le 14 mars 1877.

L'affection a débuté il y a deux mois, douleur de ventre constipation, quelques vomissements.

Etat actuel. — Ventre tendu, ballonné, douloureux sonorité partout. Paroi abdominale fait corps avec la masse intestinale. Omphalique peu déformé. Réseau veineux sous-cutané développé. Pas d'ascite. Amaigrissement, un peu de fièvre. Rien au cœur ni aux poumons. Les derniers jours diarrhée, mort dans marasme.

Atopsie. — Péritonite adhésive. Symphyse complète ayant effacé la cavité péritonéale. Nombreuses plaques et îlots caséeux dans ces adhérences; ganglions mésentériques caséeux. Poumons parsemés de nombreux tubercules caséeux.

OBSÉRVATION 76. — S... Reine, âgée de douze ans, entrée à la Charité, le 26 octobre 1876.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. L'affection a

débuté il y a un mois par de la fièvre. Depuis huit jours le ventre est gros. Coliques, diarrhée. Ventre très développé, tympanisme. Pas de masses ganglionnaires. Pas de circulation veineuse supplémentaire. Omphalocèle un peu saillant et rouge. Peu de douleur à la pression, un peu de diarrhée. A plusieurs reprises elle a eu des poussées de péritonite partielle se traduisant par de la fièvre, des vomissements bilieux, d'autres fois ressemblant à du pus, douleurs violentes dans le ventre, puis au bout de quelques jours les symptômes s'amendaient. Mais au mois de juin une poussée plus grave et survenant dans un organisme affaibli, de plus compliquée par des localisations pleurales surtout à gauche, amène la diarrhée, un affaiblissement rapide, la cachexie et la mort.

Autopsie. — Symphyse péritonéale complète avec cavernules purulentes provenant d'accès de péritonite partielle localisée suraiguë, ce qui rend compte des vomissements et de la diarrhée. Tubercules du péritoine et de la plèvre gauche.

OBSERVATION 77. — M^{lle} Marie, âgée de quatorze ans, entrée à la Charité, le 27 juin 1877.

Bonne santé antérieure. L'affection a commencé il y a trois semaines par anasarque débutant au niveau des malléoles des deux côtés.

Etat actuel. — Le ventre est ballonné, un peu douloureux. Au niveau de l'ombilic, plaque dure et douloureuse de la main ; la peau est rouge à ce niveau. Un peu d'ascite. Suintement séro-purulent médiocrement abondant par l'ombilic. Un peu de diarrhée. Bouffissure de la face ; œdème des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Epanchement pleurétique à droite. Rien au cœur. Albumine en grande quantité. Mort avec de la cachexie et un violent délire.

Autopsie. — Etat caséux et charnu de l'épiploon formant plaque dans le ventre. Dans le péritoine nombreux îlots caséux avec ascite. Reins pâles; foie gras; pleurite granuleuse; les poumons ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATION 78. — D.. Jeanne, âgée de quatre ans, entrée à la Charité, le 4 mai 1877.

Bonne santé antérieure. L'affection a débuté à la suite de la coqueluche par des coliques et de la diarrhée il y a deux mois environ.

Etat actuel. — Ventre douloureux très ballonné, partout sonore; mais au bout de quelques jours diarrhée et un peu d'ascite. Un peu de fièvre. Mort dans le marasme.

Autopsie. — Symphyse péritonéale, laissant quelques espaces libres; les adhérences forment avec le péritoine quelques loges qui sont remplies d'une sérosité purulente peu abondante. Nodules et plaques caséuses au sommet droit. Face atteinte d'un commencement de cirrhose hypertrophique. Quelques granulations jaunâtres dans les ganglions mésentériques.

OBSERVATION 80. — M... Marie-Louise, âgée de six ans. entrée à la Charité le 6 février 1875.

Début il y a un mois par anorexie, diarrhée, coliques, fièvre et un peu de toux.

Etat actuel. — Ventre tendu, ballonné, douloureux, réseau veineux dilaté. Diarrhée, amaigrissement progressif. Mort.

Autopsie. — Masses caséuses de la grosseur d'une pièce de vingt centimes dans les épiploons; ganglions mésentériques caséux. Adhérences fibreuses et caséuses entre les intes-

tins et les organes voisins. Foie gras sans tubercules; quelques petits nodules caséux dans les sommets des deux poumons. Bords libres des valvules mitrales et tricuspides rouges et garnis de petits nodules rouges de la grosseur d'un grain de millet.

OBSERVATION 81. — P... Françoise, âgée de quatorze ans, entrée à la Charité le 5 novembre 1875.

Le père et la mère jouissent d'une bonne santé. La malade a eu une bonne santé antérieure. Le début de l'affection remonte à quelques mois. Légère fièvre, sueurs la nuit. Depuis deux mois le ventre est devenu très douloureux.

Etat actuel. — Ventre assez ballonné douloureux à la pression. Matité dans les parties déclives. Sonorité à la partie supérieure. Il s'est produit plusieurs poussées avec diarrhée, fièvre, vomissements opiniâtres et douleurs violentes, matité en damier dans toute l'étendue de l'abdomen, et un moment analgésie et anesthésie passagère de la partie externe de la cuisse droite le long du trajet du sciatique. Douleurs dans plusieurs articulations des membres inférieurs. Affaiblissement progressif, meurt dans la cachexie.

Autopsie. — Péritoine pariétal parsemé de petits îlots arrondis de la grosseur d'une lentille et très nombreux sans toutefois être confluents; la masse intestinale est réunie en un seul paquet adhérent à la face inférieure du foie et dans lequel on trouve des ganglions mésentériques caséux.

Plaques de Peyer en grande partie ulcérées.

Péritoine pariétal enduit d'une substance puriforme caséuse surtout dans la fosse iliaque droite. Poumon gauche transformé en une énorme éponge pleine de matière caséuse. Foie gras. Rate molle. Reins sains.

OBSERVATION 86. — S... Victorine, âgée de sept ans et demi, entrée à la Charité le 16 juin 1890.

Bonne santé antérieure. Début brusque de l'affection. Depuis deux ou trois jours la petite malade se plaint de mal de tête et de ventre. Diarrhée. Ventre souple plutôt un peu affaissé, diarrhée très intense. Au bout de quelques jours la diarrhée disparaît et l'on voit débiter une méningite. Perte de connaissance, état comateux, mort le quatrième jour.

Autopsie. — Ulcérations de l'intestin grêle; péritoine couvert ainsi que le foie, la rate, les poumons et les méninges d'une éruption d'abondantes granulations.

OBSERVATION 89. — M... Joséphine, âgée de dix ans, entrée à la Charité le 13 juillet 1891.

Bonne santé antérieure. Début de l'affection il y a six mois. Diarrhée, le ventre grossit, douleurs sourdes et continues. Vomissements depuis quinze jours se produisant après le repos.

État actuel. — Ventre peu volumineux, dur, empâté, ballonné, douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Réseau veineux dilaté. Sonorité presque générale excepté dans la fosse iliaque droite. Diarrhée et vomissements. Rien au cœur, aux poumons ni au foie. La diarrhée augmente, elle s'accompagne de vives douleurs abdominales. Mort.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses des deux poumons. Adhérences nombreuses de la paroi du péritoine de l'épiploon et des anses intestinales. Pas de liquide. Perforation spontanée de l'intestin grêle, abcès fécal enkysté.

OBSERVATION 92. — B... Noémi.

Mère morte tuberculeuse. Rougeole et variole. Bonne

santé antérieure. Elle a fait un premier séjour de deux mois pour fièvre typhoïde non baignée. Depuis huit jours seulement l'abdomen a grossi. Ventre tendu, flot ascitique très net. Réseau abdominal sous-cutané dilaté. Pas de crépitation, ni de froissement amidonné. Un peu d'œdème des membres inférieurs. Un peu d'albumine. Rien au cœur. Poumons : tuberculose au début ; cyanose, diarrhée, amaigrissement. Le ventre augmente de plus en plus de volume. On retire par la ponction plus de quatre litres de liquide. La malade s'affaiblit et meurt dans le marasme.

Autopsie. — Liquide citrin avec masses gélatineuses jaunes. Péritoine dépoli semé de petites granulations blanches. Les intestins sont soudés ; le mésentère forme par ses adhérences des loges kystiques pleines de liquide. L'intestin très réduit ne présente ni ulcérations, ni granulations. Foie muscade sans granulation. Rate farcie de granulations.

Quelles sont les lésions que nous relevons dans ces autopsies ? Elles se rapportent à deux ordres ; lésions de la cavité abdominale et lésions des organes du voisinage.

Dans la première série, nous voyons, en allant de dehors en dedans, des lésions de la peau rouge enflammée amincie surtout dans la région péri-ombilicale ; parfois elle offre un ou plusieurs pertuis correspondant à une collection purulente des parties profondes ; dans les autres cas elle est distendue, luisante et comme vernissée, ou bien terne et jaunâtre ; sa distension est parfois telle qu'elle offre des vergetures ; la couche musculaire offre rarement des lésions intéressantes ; dans deux observations on note un léger degré d'éventration. Une fois à l'autopsie les muscles sont réduits en bouillie ; mais c'est plutôt une

lésion cadavérique ; le tissu cellulaire participe aux lésions, il est détruit dans les cas d'abcès. C'est dans le péritoine que se trouvent les lésions les plus intéressantes : il peut être surtout dans les cas à évolutions rapides à forme de granulie recouvert d'une véritable éruption confluente de petites granulations miliaires, ou bien offrir çà et là des tubercules plus ou moins volumineux allant d'un pois à une noisette et à des degrés divers d'évolution depuis la dureté semi-ligneuse jusqu'au ramollissement caséux ; dans de nombreuses observations nous voyons des adhérences plus ou moins étendues unir le péritoine et la paroi abdominale ; ces adhérences peuvent être assez intimes pour que les deux surfaces ne paraissent former presque qu'une seule masse ou bien limiter comme par des cloisons des loges remplies de liquide. La séreuse peut garder sa coloration normale, mais le plus souvent elle présente des lésions inflammatoires : coloration rouge uniforme ou plus accentuée autour des tubercules confluents ; quelquefois elle est violacée ou brunâtre ; les lésions sont toujours le plus étendues dans les points qui avoisinent soit une région enflammée, soit un foyer tuberculeux développé dans un organe sous-jacent. Au début, elle se recouvre d'une couche fibrineuse mince et transparente qui peut se détacher facilement, entraînant avec elle les tubercules qui se détachent parfois sans laisser de traces. Les lésions des ganglions sont moins avancées que celles de la séreuse.

A une période plus avancée, la cavité péritonéale est cloisonnée ; la séreuse est recouverte de fausses membranes épaissies d'une coloration blanc jaunâtre infiltrée de tubercules. Ceux-ci sont opaques, jaunes, friables, for-

ment des amas caséeux suppurants. Souvent à côté d'eux sont des tubercules miliaires provenant d'une pousée suraiguë surajoutée. Les loges contiennent un liquide souvent purulent, parfois de teinte rougeâtre ou coloré de sang, parfois un mélange de pus et de sang offrant une teinte chocolat. Quand les adhérences se localisent en des points déterminés, la péritonite s'enkyste tout à fait ; cette forme se rencontre surtout au niveau des hypocondres et dans l'épaisseur du grand épiploon. Les localisations siégeant dans le petit bassin sont rares chez l'enfant.

Les lésions de l'intestin ont aussi une grande importance. Tantôt une ou deux anses intestinales sont réunies entre elles par des adhérences de façon à former une masse dure dans un des flancs ou bien l'inflammation en s'étendant a réuni en un seul paquet les masses intestinales, le péritoine et la paroi abdominale. Il peut présenter des symptômes d'entérite tuberculeuse ; coloration lie de vin, granulations, destruction de sa muqueuse, lésions des plaques de Peyer, ulcérations occupant toute son épaisseur et par lesquelles se vide parfois le contenu purulent des kystes ; quelques auteurs ont même conclu à l'entérite tuberculeuse comme lésion primitive ; mais ne voulant faire ici qu'une étude clinique, nous ne nous attarderons pas à discuter des hypothèses.

Les reins, le foie, la rate sont assez fréquemment recouverts d'éruption, de granulations miliaires. D'autres fois, ils sont en rapport avec des collections purulentes, mais ils en sont toujours séparés par des membranes blanc jaunâtre plus ou moins épaisses. Comme lésions spéciales, nous trouvons le gros rein blanc, le foie muscade ; quant à la rate, la rapidité avec laquelle le tissu

splénique s'altère après la mort ne permet guère de déterminer les lésions de cet organe.

Si, de là, nous passons aux organes de voisinage, nous voyons la face inférieure du diaphragme tapissée de granulations, les plèvres atteintes dans une si grande proportion que Godelier avait fait une loi de la coexistence de la tuberculose pleurale et de la tuberculose péritonéale : mais nos autopsies ne nous donnent pas un résultat aussi affirmatif.

Les lésions des poumons sont aussi très fréquentes et peuvent varier de la simple induration du sommet aux éruptions de tubercules miliaires dans toute l'étendue des deux poumons ou de vastes cavernes remplies de pus. Le péricarde est un des organes les moins atteints : par contre, il n'est pas rare de voir une éruption miliaire sur les méninges amener le dénouement fatal.

Si, à côté de cela, nous recherchons quelles sont les données fournies par les différents auteurs, nous voyons que Bacthen et Sanné ne se sont occupés presque au point de vue de l'anatomie pathologique que des granulations et des tubercules ; et ils ont voulu faire correspondre des variétés distinctes de l'affection à chaque catégorie de granulations : mais les données bactériologiques ne nous permettent pas d'admettre cette division, et nous croyons qu'on peut rencontrer dans la péritonite chronique n'importe quelle forme de granulation et souvent même plusieurs variétés de tubercules simultanément, suivant que l'affection est plus avancée dans un point que dans un autre. Baginsky, lui, ne considère dans l'anatomie pathologique que les adhérences et les lésions ascitiques du péritoine, c'est ce que certains auteurs ont décrit à

part sous le nom de forme ascitique de la péritonite tuberculeuse chronique.

Nous publions ici les observations sur lesquelles repose notre travail, qui n'ont pas été publiées *in extenso* dans le cours de notre étude.

OBSERVATION 5. — A..., Berthe, âgée de quatorze ans, entrée à la Charité, en mars 1889.

Pas d'antécédents héréditaires. Légères traces de scrofule; aurait eu le carreau étant en nourrice, mais se serait bien rétablie. Réglée à douze ans et demi, menstruation régulière jusqu'en janvier 1889; depuis ce temps aménorrhée complète; pas de leucorrhée.

Début il y a quinze jours en pleine santé, douleurs du ventre qui grossit, nausées fréquentes sans vomissements, diarrhée constante, amaigrissement, fièvre et sueurs nocturnes, pas toux.

État actuel. — Paroi distendue, pas de circulation supplémentaire. Palpation douloureuse dans tous ses points. Pas de zone indurée, rénitence plus accusée à droite qu'à gauche. Léger flot ascitique. Matité du flanc droit et de la région hypogastrique. Tympanisme de la région ombilicale. Matité hépatique et splénique normales. Membres inférieurs assez oedématiés. Urines normales sans albumine.

Poumons : signes de tuberculose au premier degré.

25 avril. — La malade sort très améliorée, l'abdomen a beaucoup diminué de volume, il est devenu souple et non douloureux.

OBSERVATION 6. — D..., Marie, âgée de douze ans et demi, entrée à la Charité le 1^{er} juin 1888.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, frère mort à la Charité, était probablement tuberculeux.

Antécédents personnels : à trois ans, affection thoracique avec toux et vomissements. Tousse tous les hivers. Depuis un mois, toux, augmentation de volume du ventre, amaigrissement considérable, anorexie :

État actuel. — Ventre augmenté de volume, sonore, douloureux à la pression, surtout à gauche. Diarrhée légère.

Poumons : sommet intact, peu de lésions, point douloureux à la base du thorax.

7 juin. — Ventre très douloureux, cataplasme laudanisé. Pas de vomissement. Température 39 degrés. Emmenée par ses parents. Aggravation.

OBSERVATION 7. — D..., Henriette, âgée de six ans, entrée à la Charité le 22 octobre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Serait au huitième jour d'une rougeole. Lésions pulmonaires légères. Diarrhée très abondante. Ventre un peu douloureux. Température 40°, 28. Diarrhée continue. Ventre très douloureux. Etat général mauvais. Sort emmenée par ses parents.

OBSERVATION 8. — B..., M. âgée de dix ans, entrée à la Charité le 10 février 1888.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Rougeole antérieure. Début brusque, il y a trois semaines, ventre beaucoup augmenté de volume.

Visage pâle, amaigri, anorexie, pas de diarrhée, plutôt un peu de constipation, un peu de dyspnée. Abdomen très volu-

mineux, réseau veineux sous-cutané développé excessivement. Cicatrice ombilicale saillante. Sensation de flot très accusée. Foie normal. Rien au cœur. Pas d'œdème des membres inférieurs. Rien aux poumons. Température 38 degrés. Rien dans les urines. Sort dans le même état stationnaire.

OBSERVATION 9. — T..., M. âgée de neuf ans et demi, entrée à la Charité le 11 janvier 1888.

Pas d'antécédents héréditaires. Pleurésie gauche il y a trois mois, souffre depuis du ventre et toussé. Il y a dix jours, d'après l'enfant, augmentation brusque du ventre, pas de diarrhée, ni de vomissements.

État actuel. — Ventre volumineux étalé, réseau veineux de la paroi abdominale dilaté. Sensation de flot très manifeste, la matité se déplace quand la malade change de position, et la palpation, induration générale sous-jacente, on sent par place des masses dures et plus ou moins volumineuses, peu douloureuses. Signes peu accusés de tuberculose pulmonaire au début. Foie plus petit. Rien au cœur. Gêne respiratoire, œdème de la vulve et des membres inférieurs peu accentué. Œdème scarlatiniforme de la cuisse droite. Œdème et rougeur disparus. Sort dans état stationnaire.

OBSERVATION 12. — M..., Marie-Louise, âgée de douze ans.

Parents morts de cause inconnue. Bonne santé antérieure. L'affection a débuté il y a un mois, par augmentation du ventre. Abdomen volumineux. Ascite légère, déplacement de la matité. Développement anormal du plexus veineux sous-cutané. Abdomen non douloureux. Bon état général. Presque

rien aux poumons. Iodure potassium 50 centigrammes. Sort améliorée.

OBSERVATION 13. — C..., Jeanne, âgée de quatre ans et demi, entrée à la Charité le 29 septembre 1887.

Pas d'antécédents tuberculeux. Début il y a trois mois, par diarrhée continuelle, douleurs abdominales. Amaigrissement progressif. Hémoptysies. Rien au cœur, ni aux poumons. Rachitisme thoracique. Bosselures mobiles sous la peau de l'abdomen en grand nombre et du volume d'un pois. Ventre douloureux à la pression.

Traitement : vin de quinquina et sirop de phosphate de chaux. Prend la scarlatine, passe au service spécial.

OBSERVATION 14. — F..., Augustine, âgée de quatre ans et demi, entrée à la Charité le 6 juin 1887.

Pas d'antécédents tuberculeux. Père et mère bien portants, trois frères morts : coxalgie, épistaxis, vomique. Impetigo du cuir chevelu, rougeole, coqueluche. Depuis longtemps diarrhée et douleurs abdominales. Début de l'affection remonte à trois mois, depuis ce temps, aggravation des symptômes ; l'enfant a maigri, perdu l'appétit, la diarrhée disparue depuis deux mois a repris depuis quinze jours. Oppression, tousses un peu, pas de fièvre. Rien au cœur ni aux poumons.

État actuel. — Abdomen volumineux distendu, réseau veineux sous-cutané dilaté. Palpation douloureuse, surtout dans la fosse iliaque droite. Pas de masses dures.

Le membre inférieur droit est envahi depuis deux jours par un œdème blanc lisse, peu douloureux au palper gardant l'impression du doigt. Douleurs lancinantes, contusions dans tout le membre. Foie normal, urines uratiques non albumi-

neuses. Température du membre droit 36°,6, du membre gauche 35°,8. Température axillaire 38°,8.

17 janvier. — Membre gauche envahi par l'œdème. Un peu de diarrhée.

20 janvier. — L'œdème continue. Bouffissure de la face.

4 février. — L'œdème a envahi la paroi abdominale. Vergature, dilatation des veines superficielles.

11 février. — Œdème toujours augmenté, respiration embarrassée, sans molification stéthoscopique des poumons.

Mort lente, pas d'autopsie.

OBSERVATION 15. — P..., Isabelle, âgée de deux ans et demi, entrée à la Charité le 10 janvier 1887.

Antécédents héréditaires. Mère morte peut-être phthisique. Mauvaise santé habituelle. Adénites suppurées multiples anciennes. Abscess de l'ombilic depuis cinq jours. Abdomen un peu tuméfié. Pas de réseau veineux sous-cutané, dilaté. Palpation douloureuse dans tout l'abdomen. Tuméfaction péri-ombilicale du volume d'une amande.

Fistule ombilicale laisse écouler une assez grande quantité de matière purulente. Nombreux ganglions tuberculeux dont quelques-uns fistuleux dans l'aîne droite.

Sort un peu améliorée comme état général et local.

OBSERVATION 16. — C..., Marguerite, âgée de cinq ans.

Rougeole il y a deux ans. Bronchite tous les hivers depuis.

Etat actuel. — Depuis deux ans, ventre ballonné, diarrhée, coliques légères. Ventre un peu ballonné. Légère matité, sensibilité à la pression dans la fosse iliaque gauche. Pas d'albumine.

OBSERVATION 17. — B..., Emma, âgée de six ans, entrée à la Charité le 25 juillet 1887.

Bonne santé antérieure.

L'affection a débuté il y a deux mois par de la diarrhée et des vomissements alimentaires peu de temps après le repas.

Abdomen tendu ballonné, pas d'épanchement ni de matité. Diarrhée fréquente peu abondante. Induration des sommets.

21 janvier. — Amaigrissement, diarrhée fréquente, dix selles par jour. Tenace. Pas d'albumine dans les urines. Température 38°,8. Sort emmenée par ses parents. Même état, trois ou quatre selles par jour. Teinte bistrée des téguments.

OBSERVATION 18. — B..., Marie, âgée de treize ans, entrée à la Charité le 3 juin 1887.

Parents bien portants. L'affection a débuté il y a deux ans sans grands désordres. Anémie, quelques vomissements, un peu de diarrhée.

État actuel. — Abdomen douloureux à droite et ballonné.

Tympanisme domine : matité très réduite, peu d'épanchement.

Rien aux poumons ni au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

13 juin. — Douleur abdominale très vive, allant vers la cuisse droite. Ventre tendu, ballonné, douloureux. Etat stationnaire.

OBSERVATION 19. — T..., Joséphine, âgée de treize ans et demi entrée à la Charité le 2 janvier 1887.

Mère morte cardiaque. Le père jouit d'une bonne santé. Bonne santé antérieure de l'enfant.

Début de l'affection il y a cinq mois sans cause appréciable. Vomissements, constipation, fièvre vespérale. Ces phénomènes ont duré quelques jours à l'état aigu. Depuis quinze jours, le météorisme a augmenté. Le point de côté et la fièvre ont reparu. Anorexie complète, grande émaciation.

État actuel. — Ventre volumineux, réseau veineux sous-cutané, dilaté. Aux mains et aux pieds cyanose avec diminution de la sensibilité. Tumeur herniaire à l'ombilic rouge superficielle. Rien au cœur ; peu aux poumons. Pas d'albumine.

17 mars. — Persistance de la cyanose. Douleurs vagues de la cuisse gauche et apparition de *phlegmatia alba dolens* de ce côté-là. Adénite cervicale suppurée donne 200 grammes de pus.

12 mai. — Phlegmasia augmente. Taches ecchymotiques de l'aîne, sigillations sur le ventre.

OBSERVATION 21. — D..., Gabriëlle, âgée de onze ans, entrée à la Charité le 15 juin 1886.

Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires ou personnels. Début de l'affection en février 1886. Diarrhée, douleurs rénales, amaigrissement.

Abdomen très volumineux tendu, peau chaude. Pression, profonde douleur. Contracture de la paroi, empâtement profond. Rougeur et saillie ombilicales. Diarrhée fétide très claire. Epistaxis, fièvre ; toux, poumon gauche suspect. Rien au cœur, pas d'albumine, sort même état.

OBSERVATION 22. — C. ., Louise, âgée de quatorze ans, entrée à la Charité le 20 mars 1885.

Mère morte il y a sept ans d'une maladie de la vessie. Père

et frères tous en bonne santé. Bonne santé antérieure. Régulée régulièrement. Travaille beaucoup.

Début de l'affection il y a cinq semaines. Dernière époque supprimée. Le ventre est devenu gros. Amaigrissement, sueurs nocturnes. Pas de toux, pas de diarrhée ni de vomissements.

État actuel. — Ventre saillant, tendu, régulièrement arrondi.

Saillie de l'ombilic ; rougeur de la région péri-ombilicale. Veines sous-cutanées légèrement dilatées. Sonorité partout ; pas de flot ; douleur légère par élancement ; la pression est douloureuse. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine.

25 avril. — Amaigrissement continu. Parfois un peu de cyanose, quelques râles dans les poumons. Température, 39 degrés, soir, 39°,5.

1^{er} juillet 1885. — Amélioration notable. Apyrexie, mange, engraisse. Circonférence ombilicale, de 80 revenue à 73 centimètres.

16 mars 1886. — L'amélioration persiste ; a gagné 2 kilogrammes depuis octobre.

Tumeur volumineuse du volume du poing, très douloureuse à gauche de l'ombilic. Circonférence de l'abdomen 68 centimètres.

15 juillet. — Souffre depuis deux mois de l'estomac. Ventre aplati. A perdu son poids, ne pèse plus que 25 kg.5.

OBSERVATION 23. — V..., Jeanne, âgée de onze ans, entrée à la Charité le 23 février 1886.

Mère catarrheuse, père paralytique. L'affection a débuté il y a un an. Depuis trois mois, vomissements ; depuis quinze jours, diarrhée. Ventre tendu, ballonné.

Douleur sourde non augmentée par pression. Ventre élastique ; pas de tumeur. Grands droits durs et tendus. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine. Foie et rate normaux.

25 mars. — Ventre devenu très douloureux plus ballonné. Vomissements ; diarrhée remplacée par constipation ; pas d'ascite. Un peu d'amaigrissement. Sort emmenée par ses parents.

OBSERVATION 25. — L..., Marie, âgée de onze ans, entrée à la Charité le 6 avril 1886.

Père et mère en bonne santé. A eu la rougeole à l'âge de trois ans. L'affection a débuté il y a trois mois par de l'amaigrissement des sueurs nocturnes, de l'anorexie. Ventre douloureux et ballonné.

État actuel. — Ventre douloureux ballonné. Matité en damier. Très léger œdème des deux membres inférieurs.

Pâleur, amaigrissement, bouffissure de la face. Un peu de diarrhée, pas de vomissements. Un peu d'albumine dans les urines. Rien aux poumons. Souffle anémique à la base. Sort avec une légère amélioration.

OBSERVATION 26. — B... Jeanne, âgée de onze ans, entrée à la Charité, le 22 juillet 1886.

Se porte mal depuis deux ou trois ans. Début de l'affection il y a un mois, après chute dans l'escalier. Ventre dur ballonné, indolore par la pression. Réseau veineux sous-cutané dilaté. Matité dans presque toute l'étendue de l'abdomen. Par effort voussure tout le long de la ligne blanche. La paroi abdominale et les viscères semblent former une seule masse. Selles normales. Amaigrissement notable. Urines contenant

de l'albumine en petite quantité. Rien au cœur. Souffle au sommet droit. Sort un peu améliorée.

OBSERVATION 28. — G... Baptistine, âgée de sept ans, entrée à la Charité, le 28 octobre 1884.

Six mois auparavant pleurésie gauche. Rétablissement incomplet. Un peu de diarrhée, pas de vomissements. Signes de ramollissement des sommets. Ventre volumineux un peu dur. Persistance de la diarrhée et de l'amaigrissement. Mort dans le marasme. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 31. — B... Joséphine, âgée de douze ans, entrée à la Charité, le 26 février 1885.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. N'est pas encore réglée. Début de l'affection, il y a trois mois gonflement du ventre, diarrhée. Il y a un an quelques douleurs au côté droit. Ventre ballonné tendu. Au côté droit au niveau de l'ombilic, zone de submatité ne se déplaçant pas par le décubitus gauche. Sensation de flot assez confuse dans les parties déclives. Signes de tuberculose au début à gauche. A beaucoup maigri depuis quelque temps.

20 mars. — Toux violente amenant des crachats striés de sang.

20 avril. — Méningite à début brusque à forme convulsive, amenant la mort dans la journée. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 32. — B... Julie, âgée de cinq ans, entrée à la Charité, le 9 avril 1885.

Antécédents héréditaires. Père jouit d'une bonne santé. Mère tuberculeuse avec hémoptysies. Sœur morte de bron-

chopneumonie. A l'autopsie ganglions tuberculeux et caséeux.

Antécédents personnels. — Bronchite grave à l'âge de dix-huit mois. Depuis novembre 1884 toujours malade ; convulsions, coqueluche, variole discrète. Pas de vomissements : alternativement diarrhée et constipation. Anorexie ; pas de fièvre ni de toux.

Le ventre a beaucoup grossi depuis huit jours : il est peu douloureux à la pression ; pas de masses ganglionnaires. Sensation de flot. Quantité considérable de liquide dans le péritoine. Sort améliorée, mais on sent toujours la fluctuation.

1^{er} mai. — Ventre, état local considérablement aggravé.

1^{er} juin. — Augmentation considérable : circonférence ombilicale 8 centimètres. Matité dans presque toute l'étendue. Dyspnée.

13 juin. — Ponction un litre liquide visqueux, citrin. Omphalique saillant, rougeur de la région péri-ombilicale qui est douloureuse et œdématisée. Sort considérablement améliorée. Ventre devenu souple, indolent. Il n'y a plus de liquide.

OBSERVATION 33. — B... Annette, âgée de quinze ans, entrée à la Charité, le 8 juin 1885.

Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure. Régulée pour la première fois à treize ans. Il y a deux ans suppression des règles à la suite d'une frayeur vive, a ressenti à ce moment des douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche et a été prise de vomissements.

Au bout de trois jours phénomènes de péritonite ont disparu, mais la douleur a persisté, même au moment de la période menstruelle.

Douleur exacerbée depuis huit jours. Amaigrissement notable.

Dans la fosse iliaque gauche tumeur lisse régulière en plastron, peu mobile non adhérente à l'os iliaque et paraissant due à une ovaro-salpingite. Rien dans le reste du ventre ni aux poumons.

Douleur à ce niveau; un peu de gêne dans la miction.

9 juillet. Du 15 juin à ce jour, vomissements presque tous les jours.

Douleur subaiguë qui paraît généralisée; adhérences de la paroi antérieure. Les vomissements persistent. La malade s'affaiblit et meurt dans le marasme. L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION 34. — S... Emilie, douze ans et demi, entrée à la Charité, le 15 décembre 1885.

Antécédents héréditaires. Père et mère morts tous les deux d'une cause inconnue de la malade. Frère maladif. Sœur forte. Début de l'affection il y a trois semaines par douleurs abdominales, sourdes. Ventre ballonné, n'a pas eu de vomissements.

Etat actuel. — Abdomen tendu et ballonné. Zone de matité au bas du ventre. La limite supérieure irrégulièrement concave atteint l'ombilic. Ne se déplace pas par changement d'attitude. Réseau veineux dilaté. Sensation de flot, épanchement abondant. Rien aux poumons. Pas d'albumine. Un peu de diarrhée. Vomissements. Perd ses forces; état général mauvais.

2 janvier. — Ventre notablement diminué. Etat général meilleur.

OBSERVATION 36. — T... Elise, âgée de cinq ans et quatre mois.

Mauvaise santé antérieure. Alternativement diarrhée et

constipation. Ventre ballonné, un peu d'ascite à la base. Pression peu douloureuse. Douleur plutôt spontanée. Pas de masses dures. Epanchement notable. Rien au cœur ni aux poumons.

OBSERVATION 37. — T... Marguerite, âgée de douze ans et demi, entrée à la Charité, le 16 mars 1883.

Antécédents héréditaires. Père mort tuberculeux, mère jouit d'une bonne santé. L'enfant est d'une santé délicate, a eu la rougeole dans son bas âge.

Depuis quatre mois le ventre grossit sans douleur spontanée ou provoquée par la pression. Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic, 73 centimètres et demi. Liquide en quantité notable. Réseau veineux sous-cutané dilaté. Matité à gauche surtout dans la région costo-iliaque; à droite sonorité ne variant pas de siège. Pas de masse dure. Rien au cœur. Poumons un peu suspects. Dents d'Hutchinson. Pas d'albumine dans les urines.

Avril. — Circonférence 81 centimètres. Ventre indolore. Diarrhée. Rougeur cutanée péri-ombilicale. Matité en damier. A la sortie du malade la circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic n'est que de 81 centimètres. Etat général assez bon.

OBSERVATION 38. — G... Anne, âgée de treize ans et demi, entrée à la Charité le 6 août 1883.

Pas d'antécédents héréditaires. N'est pas encore réglée. Depuis quinze jours fièvre, céphalagie. Ventre grossit rapidement. Constipation. Le ventre mesure 69 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. Pas de masses solides. Liquide en petite quantité.

Sonorité dans les parties sus-ombilicales. Matité dans les parties déclives. Pas de dilatation du réseau veineux sous-cutané. Peau de la région péri-ombilicale, épaissie, rugueuse, éczémateuse. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine dans urines.

8 octobre. — Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic 75 centimètres. Un peu de liquide. Matité en damier.

23 novembre. — Ventre un peu empâté, peu douloureux. L'ascite a disparu. Localisation sur le genou droit. Hydarthrose, puis lésion osseuse. Passe dans le service de chirurgie.

OBSERVATION 39. — D... Jeanne, âgée de treize ans et quatre mois, entrée à la Charité le 23 mars 1884.

A eu dans son enfance la rougeole et la coqueluche. Bonne santé antérieure. Réglée pour la première fois il y a trois mois. Il y a quinze jours au moment des règles une frayeur vive amène leur suspension. Pendant huit jours, augmentation lente du volume du ventre. Ni douleur, ni fièvre, ni vomissements. Epanchement occupant toute l'étendue de l'abdomen. Sonorité dans la région épigastrique seulement. Rien aux poumons. Cœur à la base, premier temps soufflant. Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic 85 centimètres. Sonorité se déplace. Du 10 au 20 mars température variant de 39 degrés à 40°,5. Ventre douloureux, circonférence 91 centimètres. Oppression. Matité aux deux bases. Œgophonie; râles humides. Température à grandes oscillations. Sort dans le même état avec parents. Etat général assez mauvais.

OBSERVATION 40. — R... Joséphine, âgée de dix ans et demi, entrée à la Charité le 27 avril 1884.

Pas d'antécédents héréditaires. Début il y a un an. Pas de douleurs ni de vomissements. Ventregros. Ponction le 1^{er} avril à Sainte-Amélie.

Epanchement abondant. Sensation de flot nette. Cependant la matité ne se déplace pas complètement. Pression n'est pas douloureuse. Foie volumineux, douloureux; dépasse de 4 doigts le rebord des fausses côtes. Rien au cœur ni aux poumons. Cicatrice ombilicale saillante. Léger œdème des extrémités.

24 avril. — L'épanchement ayant notablement augmenté, ainsi que l'œdème des membres inférieurs, il est survenu de la dyspnée de l'asphyxie et des râles trachéaux. Ponction de 6 litres et demi de liquide clair verdâtre à peine louche. Pas d'albumine dans les urines. Amélioration passagère; les parents l'emmènent.

OBSERVATION 42. — A... Marie, âgée de huit ans, entrée à la Charité le 11 juin 1883.

A toujours joui d'une bonne santé. Début de l'affection il y a un mois. Le ventre a grossi rapidement. Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic 66 centimètres. Absence presque complète de mobilité; les anses intestinales ne se déplacent pas. A droite matité coupée par ondes sonores en damier. Leurs limites restent fixes dans toutes les positions. On sent plusieurs tumeurs marronnées formées de masses volumineuses et caséeuses. Un peu de liquide. Rougeur de la région péri-ombilicale. Réseau veineux très développé à droite. Matité et abolition du murmure respiratoire dans le quart inférieur du poumon droit. Rien dans le reste des poumons ni dans le cœur. Pas d'albumine. Pas de fièvre ni de diarrhée.

Sort améliorée quant à l'état général, mais peu si l'on ne considère que les symptômes abdominaux.

OBSERVATION 45. — M... Clémentine, âgée de quatorze ans, entrée à la Charité le 20 octobre 1882.

A eu variole et rougeole. Début de l'affection il y a deux ans par hydropisie abdominale progressive. Amaigrissement; un peu de diarrhée, tousses peu. Œdème des membres inférieurs. Ventre tendu, douloureux. Rate hypertrophiée. Pas d'ascite. Adhérences péritonéales immobilisant la paroi antérieure. Rien au cœur ni aux poumons. Un peu d'albumine. Diarrhée et urticaires. Sort améliorée.

OBSERVATION 46. — T... Joséphine, âgée de treize ans, entrée à la Charité le 3 avril 1882.

Pas d'antécédents héréditaires. Début il y a huit jours par développement du ventre assez rapide. Douleur à la pression, un peu de diarrhée. Ventre énorme, ballonné, tendu, réseau veineux sous-cutané dilaté. Sonorité restreinte au pourtour de l'ombilic. Fluctuation très évidente. Rien aux poumons. Cœur, souffle systolique à la base. Urines fortement albumineuses. Œdème des membres inférieurs.

13 avril. — Circonférence de l'abdomen à l'ombilic 75 centimètres. Vomissements.

19 avril. — Ventre moins tendu. Corps dur, douloureux, transversalement allongé dans le flanc gauche.

28 août. — Pleurésie gauche par propagation. L'épanchement et les tumeurs ont diminué.

9 janvier. — Contracte la scarlatine sans que cela retentisse sur son état péritonéal. Sort sans épanchement; meilleure santé, on sent encore des tumeurs avec adhérence du péri-

toine. Constipation alternant avec diarrhée. Quelques poussées de péritonite localisée.

OBSERVATION 47. — B..., Virginie, âgée de huit ans, entrée à la Charité le 20 mars 1882.

Rachitisme congénital.

Début de l'affection il y a cinq mois. Diarrhée, toux, amaigrissement. Ventre gros ; peu de mobilité de la paroi antérieure. Matité en damier. Rénitence.

Ombilic effacé. Rougeur péri-ombilicale diffuse.

OBSERVATION 48. — G..., Marguerite, âgée de neuf ans, entrée à la Charité le 11 mai 1882.

Bonne santé antérieure. Tousse depuis deux mois ; pas d'antécédents héréditaires.

Début de l'affection il y a un mois. Douleur vive au creux épigastrique, ventre augmenté de volume.

Sueurs nocturnes, pas de diarrhée ni de vomissements. Ventre ballonné uniformément, rénitent. Réseau veineux développé. Pas de bruit de neige ni frottement. Un peu d'ascite. Contracte la scarlatine, passe au service d'isolement.

OBSERVATION 49. — S..., Blanche, âgée de huit ans, entrée à la Charité le 23 janvier 1882.

Séjour antérieur à Saint-Ferdinand.

Abdomen un peu distendu. Empâtement. Nombreuses tumeurs caséuses, dures et douloureuses. Tumeur en nappe occupant l'hypocondre gauche. L'ascite du début a disparu.

Masse solidifiée par des adhérences péritonéales. Diarrhée, vomissements opiniâtres, cachexie, mort dans le marasme. Le corps ayant été réclamé, l'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION 51. — G..., Marie, âgée de douze ans, entrée à la Charité le 8 septembre 1881.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. A la diarrhée, au dire des parents, depuis l'âge de cinq ans.

Ventre ballonné, douloureux, un peu dur. Vomissements rares.

Diarrhée, huit selles par jour. Amaigrissement squelettique. Marasme, fièvre hectique. Rien au cœur ni aux poumons.

Cedème des membres inférieurs. *Phlegmasia alba dolens* à droite. Meurt dans le marasme. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 53. — A..., Louise, âgée de quinze ans, entrée à la Charité le 26 juin 1881.

N'est pas encore réglée. A eu la fièvre typhoïde il y a un an. Diarrhée depuis cinq mois.

Début il y a quinze jours. Grossissement du ventre. Anorexie.

Ventre douloureux très volumineux. Un peu d'ascite. Sensation de flot. Fièvre, vomissements opiniâtres. Un peu de diarrhée.

Pleurésie double par propagation. Epanchement surtout à gauche. Rien au cœur. Dans les urines, albumine en grande quantité. Sort améliorée. Les vomissements et la fièvre ont disparu. L'ascite diminue.

OBSERVATION 55. — F..., Laurence, âgée de vingt-deux mois, entrée à la Charité le 14 avril 1881.

Depuis trois semaines, diarrhée, douleurs, fièvre ; perte de l'appétit et du sommeil.

Ventre volumineux, tendu, douloureux. A la percussion,

sonorité dans toute l'étendue de l'abdomen, sauf cependant au-dessus du pubis. Fièvre intense, diarrhée, sept à huit selles par jour. La malade ne tousse pas, affaiblissement progressif. Mort dans le marasme.

OBSERVATION 56. — C..., Thérèse, âgée de huit ans, entrée à la Charité le 30 décembre 1880.

Bonne santé antérieure.

Depuis deux mois engorgement ganglionnaire du cou.

Début il y a huit jours. Pas de cause appréciable ; le ventre a augmenté de volume. Ventre volumineux. Ascite. Sensation de flot. Matité occupant la moitié inférieure de l'abdomen. Point douloureux sus-ombilical. Amaigrissement. Toux. Vomissements, diarrhée. A l'auscultation, sommets suspects.

Diminution de l'épanchement. Rougeur et effacement de la cicatrice ombilicale. Ventre dur, saillant, solidifié par adhérences.

Diarrhée colliquative. Mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 57. — A..., Hélène, âgée de quatorze ans, entrée à la Charité le 11 juin 1880.

Bonne santé antérieure.

Non réglée. Début de l'affection il y a quinze jours sans cause appréciable, ventre gros à droite, indolent, puis douloureux.

Ventre tuméfié, tendu à droite, ballonné. Tumeur dure, petite, très douloureuse, assez superficielle, entourée d'un empatement mal limité. Pas d'ascite. Inflammation sous-péritonéale.

Pas de vomissements, pas de diarrhée. Rien au cœur ni au poumon. Sort dans le même état.

OBSERVATION 58. — R..., Marie, âgée de quatorze ans et demi, entrée à la Charité le 14 février 1880.

Père mort d'un refroidissement.

Non réglée. L'affection a débuté il y a trois ou quatre mois souffle anémique. Ventre dur, ballonné, douloureux à la pression.

Ombilic en saillie. Pas d'ascite, pas de diarrhée ; nausées. Nausées sans vomissements. Rien au cœur ni aux poumons. Amaigrissement. Pas de toux, un peu de fièvre. Sort un peu améliorée.

OBSERVATION 60. — R... Marie, âgée de neuf ans, entrée à la Charité le 12 février 1880.

Depuis trois semaines le ventre est gros. Il y a diarrhée et la miction est parfois difficile. Ventre volumineux ; tympanisme douleur. Dilatation du réseau veineux. Pas de fièvre. Etat général assez bon. Quelques craquements au sommet gauche. Sort dans le même état.

OBSERVATION 61. — B... Eugénie, douze ans et demi, entrée à la Charité le 22 décembre 1879.

Père et mère jouissent d'une bonne santé. Bonne santé antérieure. Depuis quatorze mois dyspnée, palpitations, douleurs polyarticulaires dont elle souffre encore. Depuis huit mois le ventre grossit, devient douloureux, coliques. Pas de diarrhée ni de vomissements. Ventre peu douloureux, empâtement général, pas de masses. Sommets, tuberculose au début. Amaigrissement. Rien au cœur, pas de fièvre.

Sort dans le même état emmenée par ses parents.

OBSERVATION 62. — P... Claudine, âgée de treize ans et demi, entrée à la Charité le 29 octobre 1879.

Parents en bonne santé. Rougeole dans l'enfance. Délicate. Non encore réglée. Depuis six mois, toux, oppression, diarrhée intense. Amaigrissement et pâleur. Ventre un peu ballonné, douloureux à la pression. Réseau veineux développé sous la peau. Foie très développé : à son niveau la peau s'est épaissie et paraît adhérer par le tissu cellulaire. Rate normale. Tuberculose des deux sommets; diarrhée fétide, vomissements, épistaxis. Etat général très mauvais. Grand amaigrissement. Stationnaire.

OBSERVATION 63. — L... Jeanne, onze ans et demi, entrée à la Charité le 11 août 1879.

Parents en bonne santé. L'enfant a toujours eu une santé débile. Tousse.

Début de l'affection il y a cinq mois. Le ventre grossit rapidement et sans douleur. Pas de vomissements, œdème passager des membres. Amaigrissement et sueurs nocturnes. Abdomen très volumineux, piriforme. Douleur par palpation dans les hypocondres. Matité jusqu'à l'ombilic; au-dessus sonorité exagérée. Sensation de flot. Alternativement diarrhée et constipation. Epanchement secondaire dans la plèvre gauche. Etat subfébrile. Résorption de l'épanchement. Ventre dur; masses solides dans le flanc gauche; ombilic rouge et saillant. Sort un peu améliorée.

OBSERVATION 64. — R... Joséphine, douze ans, entrée à la Charité le 10 novembre 1879.

Antécédents : Rougeole, traces de scrofule.

Début de l'affection il y a cinq mois par diarrhée, vomis-

sements, douleur en ceinture. Ventre volumineux, un peu douloureux, surtout à droite. Diarrhée et vomissements disparus. Dilatation du réseau veineux, paroi peu mobile. Signes de pleurésie aux deux bases. Tuberculose au début. Diaphragme peu contractile. Sort un peu améliorée.

OBSERVATION 68. — R... Marie, dix ans, entrée à la Charité le 13 mai 1878.

Bonne santé antérieure. Début de l'affection il y a quatre mois par de la toux, point de côté, grossissement du ventre. Ventre tendu modérément, peu douloureux, veines développées. Pas de masses dures, pas d'ascite. Foie normal. Les poumons sont suspects.

28 mai. — Palpation rénale, petites tumeurs dures et indolentes surtout dans le flanc gauche. Un peu de diarrhée. Amélioration.

OBSERVATION 69. — G... Antoinette, cinq ans et demi.

Début il y a huit mois par fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement. Abdomen douloureux, ballonné. Diarrhée fréquente. Signes de congestion temporaire du sommet. Péritonite avec adhérences probables.

OBSERVATION 70. — N... Marie, sept ans, entrée à la Charité le 7 avril 1878.

Rougeole. Bonne santé antérieure. Début il y a dix mois par diarrhée, anorexie, douleurs. Abdomen dur. Masses bosselées inégales. Adhérence des parois. Pas de diarrhée. Foie gros, cicatrice ombilicale saillante.

OBSERVATION 71. — N... Berthe, neuf ans et trois mois, entrée le 17 janvier 1877.

Bonne santé antérieure. Début il y a un mois par ventre gros, pas de vomissements ni de diarrhée. Actuellement ventre ballonné; ombilic saillant. Pas de réseau veineux. Masses dures. Un peu d'ascite. Rien au cœur, ni aux poumons. Un peu d'albumine.

4 février. — Sensation de flot. Ventre tympanisé. Sort améliorée.

OBSERVATION 72. — T... Berthe, trois ans et demi, entrée le 5 janvier 1877.

Début il y a deux mois par diarrhée, amaigrissement. Ventre très ballonné et dur; paroi adhérente aux intestins. Veines dilatées, ombilic saillant et rouge, enflammé. Tuberculose pulmonaire assez avancée. Meurt dans le marasme. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 73. — M... Berthe, quatorze ans, entrée le 20 juillet 1877.

Bonne santé antérieure. Régée à douze ans. Depuis quinze jours, sans cause appréciable, le ventre grossit. Ventre volumineux, sensation de flot; pas de douleur. Sonorité variant par la position. Souffles anémiques cardiaques et vasculaires. Rien au poumon. Pas de vomissements. Diarrhée, amaigrissement. Sort améliorée.

OBSERVATION 79. — F.,. Jeanne, treize ans.

Mère morte poitrinaire, père bon; quatre frères morts en bas âge. Non réglée; mauvaise santé antérieure. Depuis deux

ans colique, diarrhée avec membranes blanchâtres. Ventre un peu ballonné, très peu douloureux à la pression. Réseau veineux dilaté. Pas d'ascite. Pas d'œdème des membres inférieurs. Tuberculose pulmonaire avancée. Un peu d'albumine. Fièvre, cachexie. Sueurs nocturnes. Meurt dans le marasme. Pas d'autopsie.

OBSERVATION 82. — G... Marguerite, onze ans et demi, entrée le 24 février 1874.

Variole, fièvre muqueuse. Depuis deux mois vomissements, un peu de diarrhée. Abdomen énorme très douloureux. Sonorité exagérée, un peu d'ascite. Diarrhée. Foie gros un peu douloureux. Poumons suspects. Pas d'albumine, grand amaigrissement. Sort avec ascite. Tympanisme disparu.

OBSERVATION 83. — R... Virginie, douze ans, entrée le 14 mars 1874.

Bonne santé antérieure. Depuis trois semaines, douleur de ventre, diarrhée abondante. Ventre tendu, ballonné, rénitent, douloureux à la pression. Réseau veineux dilaté, très peu d'ascite. Vomissements bilieux, diarrhée séreuse. Tubercules ramollis aux deux sommets. Rien au cœur, pas d'albumine. Fièvre anorexie, toux, amaigrissement.

OBSERVATION 85. — B... Maria, entrée le 21 janvier 1892.

Mère morte en couches. Coqueluche, bronchite, rougeole, maux de tête. Depuis trois semaines, maux de reins et de ventre. Ventre grossit. Ventre saillant très développé, étalé, très peu douloureux. Réseau veineux dilaté. Matité très haute surtout à gauche. Sensation de flot très nette. Un peu de diarrhée. Etat général bon. Cœur, foie et rate normaux. Sort un peu améliorée.

OBSERVATION 87. — D... Marthe, dix ans et demi, entrée le 28 août 1890.

Père et mère morts tuberculeux. Trois frères et deux sœurs en bonne santé.

Début, il y a deux mois, diarrhée. Depuis trois jours, œdème des jambes. Ventre un peu ballonné non douloureux. Matité de l'hypocondre gauche se continuant avec une zone de matité de la région sous-ombilicale. Bruit hydro-aérique dans l'hypocondre droit. Foie gros, albumine en notable quantité. Œdème des jambes, des mains et de la face. Aux deux bases, râles sous-crépitaunts. Sort dans le même état.

OBSERVATION 88. — B... Marie, dix ans, 26 août 1890.

Bonne santé antérieure, a eu l'influenza en janvier dernier, depuis toussé et maigrit.

Depuis un mois le ventre a beaucoup grossi. Ventre volumineux étalé. Réseau veineux développé. Sonorité au voisinage de l'ombilic et dans le flanc droit. Matité à gauche. Pas de douleur à la palpation. Sensation de flot bien nette. Rien au cœur ni aux poumons ni au foie. La malade sort améliorée et engraisée, l'ascite a disparu.

OBSERVATION 90. — D... Maria, onze ans, entrée le 9 juillet 1891.

A la suite d'une chute sur les reins à l'âge de quatre ans, mal de Pott avec abcès fistuleux.

Depuis quatre mois augmentation du ventre sans douleur ni vomissements. A de la diarrhée, mais pas de fièvre.

Depuis quinze jours, œdème des jambes. Diarrhée et albumine.

Ventre volumineux, anasarque généralisé, visage bouffi. Réseau veineux dilaté. Omphalique déplié. Œdème de la paroi. Palpation douloureuse. Matité partout excepté au niveau de l'appendice xyphoïde. Sensation de flot. Une ponction ne donne pas de liquide.

15 juillet. — Ecoulement de beaucoup de sérosité par la ponction.

La malade sort un peu améliorée ; l'œdème des jambes et le volume de l'abdomen ont diminué.

OBSERVATION 91. — C... Marie, onze ans et demi, entrée le 23 mai 1891.

Père mort tuberculeux. Mère en bonne santé.

Antécédents personnels : convulsions, rougeole, coma.

Depuis trois mois constipation, ballonnement. Ventre volumineux étalé, omphalique saillant.

Matité dans les flancs se déplaçant par le décubitus latéral. Sensation de flot très accusée. Rien au poumon ni au cœur. Sort très améliorée ; le ventre diminué.

CONCLUSIONS

D'après l'étude des observations rapportées dans notre travail, nous concluons.

La péritonite chronique tuberculeuse est une affection relativement rare chez les enfants ; car, sur près de six mille observations que contiennent les registres de la Clinique des enfants à la Charité, nous n'en avons trouvé que 92 cas.

Elle est rare dans la première enfance, augmente à mesure que l'enfant avance en âge pour arriver au maximum vers l'âge de la puberté.

L'ascite est un symptôme que l'on trouve à toutes les périodes de la maladie et il me paraît difficile de décrire à part une forme ascitique de la péritonite.

Le pronostic de la péritonite est grave soit qu'il entraîne

la mort dans un délai rapproché, soit qu'il produise ce résultat par des complications éloignées.

A ce point de vue de l'anatomie pathologique, nous établirons que les principales lésions sont celles du péritoine; qu'elles ont pour point de départ le plus souvent la granulation grise ou jaune; elles déterminent des adhérences entre le péritoine la paroi et les intestins; les lésions intestinales ne paraissent être que secondaires; enfin les lésions de voisinage sont fréquentes et offrent souvent une grande gravité.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
BONDET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer,

LE DOYEN,
LORTET.

